

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ROSANA OLIVEIRA DE LIMA**

**O PRIMEIRO BANHO DO RECÉM-NASCIDO: INTERVENÇÃO DA  
ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO ALOJAMENTO CONJUNTO**

**VITÓRIA**  
**2018**

ROSANA OLIVEIRA DE LIMA

**O PRIMEIRO BANHO DO RECÉM-NASCIDO: INTERVENÇÃO DA  
ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO ALOJAMENTO CONJUNTO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial na área de concentração Cuidado e Administração em saúde. Linha de pesquisa: O cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Edla de Oliveira Bringente

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Costa Amorim

VITÓRIA  
2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do  
Espírito Santo, ES, Brasil)

---

L732p      Lima, Rosana Oliveira de, 1978 -  
              O PRIMEIRO BANHO DO RECÉM-NASCIDO : INTERVENÇÃO DA  
ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO ALOJAMENTO CONJUNTO / Rosana  
Oliveira de Lima - 2018.  
              115 f. : il.

Orientador: Maria Edla de Oliveira Bringente.  
Coorientador: Maria Helena Costa Amorim.

Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Cuidado do lactente. 2. Recém-nascido. 3. Alojamento Conjunto.  
4. Período Pós-Parto. 5. Ensaio Clínico. 6. Enfermagem Obstétrica.  
I. Oliveira, Maria Edla de. II. Amorim, Maria Helena Costa. III. Universidade  
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 61

---

Elaborado por Rafael Lima de Carvalho – CRB-6 MG-002926/O

ROSANA OLIVEIRA DE LIMA

**O PRIMEIRO BANHO DO RECÉM-NASCIDO: INTERVENÇÃO DA  
ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO ALOJAMENTO CONJUNTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial na área de concentração Cuidado e Administração em saúde. Linha de pesquisa: O cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Aprovada em 14 de setembro de 2018.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Edla de Oliveira Bringuente  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Costa Amorim  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Coorientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana de Cassia Nunes Nascimento  
Universidade Federal do Espírito Santo  
1 Examinadora – Externa PPGENF

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Franciéle Marabotti Costa Leite  
Universidade Federal do Espírito Santo  
2 Examinadora – Interna

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Valéria de Souza  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Suplente - Interna

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Silveira de Castro  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Suplente - Externa

Ao Grande Foco de luz- Deus por toda iluminação em minha trajetória de vida.

A parteira hospitalar Angela Maria minha mãe quem me apresentou a enfermagem com toda honra e respeito à profissão e amor aos clientes. Ao papai por todo apoio incondicional. Aos meus irmãos Paty e Rafa dividimos o mesmo útero e uma vida de cumplicidade.

Ao meu Leo o bebê que possibilitou expandir meu amor e cuidado com todos os outros bebês que vieram depois.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Programa de pós-graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGENF) pela oportunidade de formação e crescimento profissional que me instrumentalizou para aplicação na prática assistencial da minha tecnologia de ensino com comprovação científica.

A EBSERH – HUCAM por apoiarem meu projeto deste mestrado possibilitando a aplicação da intervenção na Unidade Materno Infantil do HUCAM gratidão aos colegas enfermeiros da UTIN (disponibilidade dos aparelhos), as enfermeiras Responsáveis Técnicas Odelle Mourão, Marianne Borges à Divisão de Enfermagem do HUCAM na figura da Enf. Raquel Onish.

A grande filósofa da enfermagem capixaba minha orientadora prof. Dr<sup>a</sup>. Maria Edla de Oliveira Bringunte por todo privilégio que tive em compartilhar a seriedade e amor com que ela transborda na ciência do cuidado, todo carinho e cuidado que teve comigo em nossas orientações sempre regadas de ciência, comida saudável e reflexões sobre a enfermagem mundial. Enfermagem honre-a ou deixe-a.

A co-orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Helena Costa Amorim pelo primeiro contato com a Enfermagem Obstétrica na sala de aula, na pesquisa científica PIBIC/CNPq, pela visita técnica no Einstein, no Sofia Feldman, no PREMMA (Programa de Reabilitação da Enfermagem Obstétrica), na pós-graduação da enfermagem obstétrica (possibilitando a aula prática no Amparo maternal com a Dra Ruth Osawa), por ter me selecionado para o aprimoramento de Enfermagem obstétrica na Rede Cegonha. E agora no mestrado profissional mesmo em sua aposentadoria assumiu esse desafio. Toda minha gratidão e eterno reconhecimento pela minha formação como enfermeira e o crescimento como ser humano.

A Prof. Dra Denise de Castro quem me ensinou a pegar na caneta para o pesquisar. Uma eterna admiradora da vida, emana uma energia, vibra amor. Toda minha admiração e respeito.

Aos professores da banca examinadora que aceitaram esse desafio tão prontamente: Dr<sup>a</sup>. Luciana de Cassia Nunes Nascimento; Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Franciéle Marabotti Costa Leite, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Valéria de Souza Almeida.

A papai (super vô do Léo) a minha irmã Patricia, meu irmão Rafa, minha tia Ruth (madrinha do Léo). As amigas-irmãs que Deus me permitiu escolher: Nubia Borgo, Ludimila Zamprogno, Wânia Trindade, Daliana Lopes, Rachel Diniz. Todas que me apoiaram nesse processo inclusive estando com Léo para que eu pudesse estudar e pagar horas de plantão.

Aos colegas enfermeiros da turma do mestrado que estiveram comigo nessa jornada de apoio mútuo pessoalmente e no grupo de Whatsaap quando não podiam estar fisicamente presente, nossa frase sempre será: “o melhor do mestrado foram vocês”.

A ex-acadêmica de enfermagem Larissa Dantas hoje colega de profissão que participou da coleta de dados deste estudo e hoje segue na linha de cuidados com as gestantes dando continuidade ao projeto na Unimed Vitória e sendo parceira de trabalho nos atendimentos domiciliares. As queridas ex-acadêmicas e hoje enfermeiras: Aline Schunk e Esvana por todo carinho.

A todas as famílias que abriram as portas para o atendimento da enfermagem obstétrica. Aos bebês e mulheres que contribuíram para este estudo, que o desprendimento de vocês ajude a melhor recepção neonatal baseada em evidências científicas.



“Há mais sinapses no nascimento do  
que estrelas no Universo.”

(Nils Bergman)



## RESUMO

LIMA, Oliveira Rosana. **O primeiro banho do recém-nascido:** Intervenção de enfermagem obstétrica no alojamento conjunto. [Dissertação] Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. 2018.

A intervenção de Enfermagem-primeiro banho do recém-nascido constitui o momento muito importante para a família, proporcionando menos estímulos dolorosos, choro, melhora do tempo e qualidade do sono e reduzindo o nível de ansiedade da mãe. **Objetivos:** Avaliar os efeitos da intervenção de Enfermagem-primeiro banho nos parâmetros comportamentais do recém-nascido; avaliar os efeitos da intervenção de Enfermagem-primeiro banho do recém-nascido nos níveis de ansiedade materna e desenvolver material didático sobre intervenção de Enfermagem-primeiro banho do recém-nascido do alojamento conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, em Vitória, ES. **Método:** Trata-se de um ensaio clínico randomizado controlado com amostra de 33 recém-nascidos, aleatorizados em grupo controle e intervenção, internados no alojamento conjunto de um hospital de ensino. Para coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista com registro em formulário, Inventário de Traço-Estado de Ansiedade, questionário para avaliação física do bebê. Presença de choro, tempo de sono após o banho do recém-nascido e ansiedade materna foram definidas como variáveis dependentes. A intervenção de Enfermagem-primeiro banho foi definida como variável independente. Variáveis de controle relacionadas ao **recém-nascido:** dor neonatal, saturação, sinais vitais, idade gestacional; peso ao nascimento; peso antes do banho; perda ponderal; temperatura do ambiente; temperatura da água; tempo do banho e tempo do cuidado corporal. Relacionadas à **mãe:** procedência; idade; local e escolaridade. Previamente à intervenção-primeiro banho do recém-nascido, preparou-se o ambiente e o recém-nascido. Em seguida aplicaram-se as oito etapas que compõem a intervenção-primeiro banho nos recém-nascidos do grupo intervenção. Para o grupo controle o banho foi realizado segundo a rotina da instituição. Utilizou-se o SPSS-versão 24 para análise estatística. A caracterização dos dados foi feita através da frequência observada, porcentagem, medidas de tendência central e de variabilidade. Adotou-se o nível de significância de 5% com intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se o teste exato de Fisher para avaliar a associação entre os grupos dos recém-nascidos em relação ao choro durante o banho e o tempo de sono. O teste t de *Student* foi utilizado para amostras pareadas e compararam-se as médias dos dados clínicos entre os grupos. **Resultados:** O choro durante o banho foi percebido em 93,33% dos recém-nascidos do grupo controle, enquanto no grupo intervenção esta proporção foi de 55,56%. 60,00% dos recém-nascidos do grupo controle dormiram 120 minutos e 77,78% do grupo intervenção 180 minutos. O escore de ansiedade antes da intervenção-primeiro banho no recém-nascido (30,5; DP  $\pm$  7,0) foi maior do que pós-intervenção (27,3; DP  $\pm$  5,3). **Conclusão:** A intervenção de Enfermagem-primeiro banho do recém-nascido demonstrou dados significantes na comparação entre os grupos controle e intervenção em relação ao choro, tempo de sono e nos níveis de ansiedade materna. Essa prática deve ser incorporada nas atividades do enfermeiro ao binômio mãe e filho no alojamento conjunto. O estudo oportunizou a construção de um folder ilustrativo com descrição de todas as etapas do primeiro banho para facilitar que a mãe internalize esse cuidado.

Descritores: cuidado do lactente, recém-nascido, alojamento conjunto, puerpério e ansiedade, ensaio clínico.

## ABSTRACT

LIMA, Oliveira Rosana. **The first bath in the life of the newborn:** obstetric nursing care at the joint accommodation. [Dissertation] Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. 2018.

The first bath of the newborn constitutes a very important moment for the family, providing less pain stimulation, crying, improving the length and quality of sleep, and reducing the mother's anxiety levels. **Objective:** To evaluate the effects of the Nursing intervention-first bath in the behavioral parameters of the newborn; to evaluate the effects of the Nursing intervention-first bath of the newborn in the levels of anxiety of the mother; and to develop didactical material about the Nursing intervention-first bath of the newborn at the joint accommodation of the Maternity of the University Hospital Cassiano Antônio de Moraes in Vitória, ES. **Method:** This is a controlled randomized clinical trial with a sample of 33 newborn babies, randomized in control and intervention groups, hospitalized at a joint accommodation in a teaching hospital. The technique of interview with registry on a form, Trace-State Anxiety Inventory, and a questionnaire for the physical evaluation of the baby were used for data collection. Presence of crying, time of sleep after the newborn's bath, and maternal anxiety were defined as dependent variables. The Nursing Intervention-First Bath was defined as an independent variable. The control variables related to the newborn were: pregnancy age; weight at birth; weight before the bath; weight loss; room temperature; water temperature; time of bath and time of body care. Those related to the mother: origin; age; place and education. Before the newborn's intervention-first bath, the environment and the newborn were prepared. After that, the eight stages that compose the intervention-first bath were performed in the newborns of the intervention group. The control group received the bath according to the institution's routine. SPSS-version 24 was used for statistical analysis. The characterization of data was done through observed frequency, percentage, central trend analysis and variability. Significance level of 5% was adopted, with a trust interval of 95%. Fisher's exact test was used to assess the association between the newborn groups in regard to crying during bath, and time of sleep. Student T test was used for paired samples, and the average clinical data of the groups was compared. **Results:** Crying during the bath was perceived in 93.33% of the newborns in the control group, while in the intervention group that proportion was of 55.56%. 60.00% of the newborns in the control group slept 120 minutes, and 77.78% of those in the intervention group slept 180 minutes. Anxiety score before the intervention-first bath of the newborn (30.5; DP  $\pm$  7.0) was larger than the one after the intervention (27.3; DP  $\pm$  5.3). **Conclusion:** The Nursing intervention-first bath of the newborn showed significant data in the comparison between the control and intervention groups relating to crying, time of sleep, and in the mother's levels of anxiety. This practice should be incorporated to the activities of the nurse for the binomial at the joint accommodation. The study has enabled the production of an illustrative folder with the description of all stages of the first bath to facilitate the mother's internalization of this care.

Descriptors: Postpartum Period, Newborn, Child Care, Rooming-in Care, Anxiety; Clinical Trial.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AC	Alojamento Conjunto
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EO	Enfermeiro Obstetra
ES	Espírito Santo
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus T-linfotrópico humano
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
IDATE	Inventário Traço-Estado de Ansiedade
IgA	Imunoglobulina A
IEPB	Intervenção de Enfermagem-primeiro banho
MS	Ministério da Saúde
NFCS	Neonatal Facial Codingy System
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAM	Pressão Arterial Média
PANAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
pH	Potencial Hidrogeniônico
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PIBIC	Programa de Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPP	Pré parto, Parto e Puerpério
PREMMA	Programa de Reabilitação de Mulheres Mastectomizadas
PSF	Programa Saúde da Família
RN	Recém-Nascido
SaO <sub>2</sub>	saturação de oxigênio

SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SNC	Sistema Nervoso Central
STAI	State Trait Anxiety Inventory
TAX	Temperatura Axilar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UNIMED	Confederação Nacional das Cooperativas Médicas
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1	Representação da teoria síncrono-ativa .....	24
Figura 2	Modelo teórico do Estudo Relação entre as Variáveis .....	44
Quadro 1	Intervenção-Primeiro Banho .....	50

### **Figuras do Artigo 2**

Figura 1	Traço de Ansiedade de puérperas em uma maternidade pública de Vitória, ES, 2018 .....	73
Figura 2	Comparação dos níveis do estado de ansiedade de puérperas, grupo controle antes do primeiro e após o banho de rotina do RN em uma maternidade pública de Vitória, ES, 2018 .....	74

## LISTA DE TABELAS

### **Tabelas do Artigo 1**

Tabela 1	Descrição das variáveis clínicas dos recém-nascidos nos dois grupos de puérperas em uma maternidade pública de Vitória, ES, 2018 .....	60
Tabela 2	Descrição do choro durante o banho dos recém-nascidos e o tempo de sono nos dois grupos em uma maternidade pública de Vitória, ES, 2018 .....	61
Tabela 3	Comparação das médias dos dados clínicos antes x depois do banho em cada grupo. Maternidade pública de Vitória-ES, 2018 .....	62

### **Tabelas do Artigo 2**

Tabela 1	Caracterização do município, estado civil e escolaridade de puérperas em uma maternidade pública de Vitória-ES, 2018 .....	72
Tabela 2	Comparação entre os escores gerais do questionário de estado de ansiedade antes e depois do banho nos recém-nascidos .....	74

## SUMÁRIO

	<b>PREFÁCIO .....</b>	<b>14</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
1.1	BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO .....	18
1.2	O NASCIMENTO E A CHEGADA NO ALOJAMENTO CONJUNTO: ADAPTAÇÃO DA PUÉRPERA E DO RECÉM-NASCIDO AO AMBIENTE EXTRAUTERINO .....	20
1.2.1	O subsistema fisiológico e o estado comportamental do recém-nascido .....	23
1.2.2	Alojamento Conjunto: conceito .....	26
1.2.3	O enfermeiro obstetra no Alojamento Conjunto .....	29
1.2.4	O primeiro banho do Recém- Nascido – Estudos Clínicos .....	31
1.3	A ANSIEDADE MATERNA NO PERÍODO PUERPERAL .....	32
1.4	OBJETIVOS .....	36
1.5	RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO .....	36
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>40</b>
2.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	41
2.2	CENÁRIO DA PESQUISA .....	41
2.3	SUJEITOS DA PESQUISA .....	42
2.4	CÁLCULO DA AMOSTRA .....	42
2.5	VARIÁVEIS .....	43
2.5.1	Limitações do estudo .....	45
2.6	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	45
2.6.1	Instrumentos .....	45
2.6.2	A descrição da intervenção-primeiro banho .....	46
2.6.3	Coletas dos dados .....	51
2.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	52
2.8	ASPECTOS ÉTICOS .....	52
<b>3</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>53</b>
3.1	ARTIGO 1 .....	54
3.2	ARTIGO 2 .....	67
<b>4</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>79</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>88</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>101</b>





Meu contato com a enfermagem foi desde pequena, na década de 1980, observando todo o carinho e zelo que minha mãe, técnica em enfermagem Angela Maria, cuidava de seus pacientes e das suas histórias de parteira hospitalar na então Maternidade do Dr. Arnaldo Ribeiro, Grande Vitória, atual Centro da Praia Shopping. Todos os seus três filhos seguiram na área da saúde.

Tive o privilégio de entrar na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em 1998/2002 e desde o primeiro período tive contato com a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Costa Amorim e a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Silveira de Castro, que possibilitaram a participação no Projeto PIBIC/CNPq como jovem cientista.

Minha vivência acadêmica foi produtiva, participei do movimento estudantil – Centro Acadêmico Livre de Enfermagem, atividades no campus, projetos de extensão, estágios extracurriculares, dentre eles o do Banco de Leite Humano, bem como nos estágios curriculares com a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cândida Caniçali Primo e MD Wânia Ribeiro Trindade. Não poderia deixar de citar que a patrona da minha turma foi a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Edla de Oliveira Bringuente.

Já me encantava com a área da saúde da mulher. Ao me formar fui convidada para assumir um Programa Saúde da Família (PSF) rural no interior da Bahia, num município recém-emancipado chamado Jucuruçu. Nesse antigo distrito de Itamaraju, extremo sul da Bahia, tive diversas experiências de assistência ao parto, incluindo o parto domiciliar, além de toda atenção neonatal.

Ao voltar para o Espírito Santo, assumo o PSF rural de Itarana, onde implantei a Oficina da Mulher – uma viagem ao seu corpo. Essa oficina foi desenvolvida pela Dra. Maria Helena no Programa de Reabilitação de Mulheres Mastectomizadas (PREMMA). A experiência em Itarana foi muito rica. Porém, retornei para a Grande Vitória, assumindo o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) e a Pró-Matre como preceptora de Estágio Supervisionado de Enfermagem Obstétrica II.

Nesse período, fiz a pós-graduação em Enfermagem Obstétrica com prática desenvolvida no Amparo Materno em São Paulo.

Ao sair da Pró-Matre fui convidada pela Unimed Vitória para estruturar e implantar o primeiro programa domiciliar de atendimento ao binômio mãe e filho (Baby Care), um programa de prevenção após a alta da maternidade da Unimed Vitória voltado para a atenção ao binômio mãe e filho.

No trabalho junto à Unimed na Baby Care como enfermeira obstétrica, foram realizadas milhares de visitas. Realizava uma média de 60 atendimentos por mês, durante 7 anos, o que totalizou cerca de 5000 atendimentos, em toda Grande Vitória. Implantamos também na linha viver gestantes: onde ministrávamos cursos para gestantes, oficina de cuidados com o bebê, curso para os avós, oficina de parto, participação do programa do Parto Adequado do Ministério da Saúde (MS), junto a grupo de puérperas.

Após 7 anos de vivência domiciliar da Unimed Vitória, fui aprovada no concurso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) retornando ao Hospital Universitário.

De toda a assistência prestada como enfermeira obstetra, a mais gratificante e que sempre se destacava foi o fato das puérperas relatarem o relaxamento dos seus bebês após o banho de imersão em água quente.

Esse banho foi replicado no alojamento conjunto do hospital universitário, onde também observamos que os bebês aumentavam o tempo de sono. Com isso, nutri a motivação para usar o rigor científico no estudo da execução do primeiro banho da vida dos bebês nascido no meu local de assistência de enfermagem, o que norteou este estudo.

É com profunda gratidão aos bebês que desenvolvo este estudo, acreditando que o primeiro banho da vida pode e deve ser tratado com humanização da assistência de enfermagem e que novas considerações além do parto e nascimento devem ser implementadas. O puerpério é um campo de assistência da enfermagem obstétrica ainda pouco assistido ao binômio mãe e filho que acabou de nascer.

Esse binômio mãe e filho é muito rico de significado e sentimentos quando se reporta a uma relação que durante nove meses houve uma relação visceral de amor e carinho. Essa mãe nutriu e viu se desenvolver o seu conceito, agasalhando-o em seu organismo, e vivenciou todas as transformações que ocorria nesse novo ser e no seu corpo. Com isso, esse vínculo foi construído. Mas chega o momento do nascimento desse conceito, de abandonar a vida intra-uterina e de vir vivenciar os desafios que um novo mundo impõe: o nascimento.



## 1.1 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda uma taxa mínima de 15% de cesariana para todos os países. Entretanto, a partir da década de 70, houve em vários países do inclusive no Brasil o uso indiscriminado da cirurgia cesariana como forma principal para via de parto aumentando os riscos de morbimortalidade perinatal e os custos associados com esse procedimento além de não haver impacto na redução das taxas de perimortalidade (BRASIL, 2008).

A mortalidade perinatal, no Brasil, ainda está muito elevada. Estima-se que 62% das mortes dos nascidos vivos com peso igual ou superior a 1500g poderiam ser evitadas com melhora do acesso aos serviços de saúde, aumento da qualidade da assistência pré-natal ao parto e nascimento. Afecções perinatais como desconforto respiratório do recém-nascido, doença da membrana hialina, enterocolite necrosante, infecções específicas do período perinatal e asfixia correspondem a 80% das mortes neonatais (BRASIL, 2012).

Essa mortalidade afeta a população brasileira de forma desproporcional variando de acordo com a região que essa mulher vive e com as condições socioeconômicas dela. Observou-se que populações que vivem nas regiões Norte e Nordeste no Brasil por possuírem condições de baixo acesso aos serviços de saúde, menor número de consultas pré-natais, precariedade da situação sanitária, possuem as maiores taxas de mortalidade infantil no país (BRASIL, 2012).

Toda criança brasileira tem o direito à vida e à saúde. Entretanto, persistem no país desigualdades sociais e regionais inaceitáveis relacionadas às condições de parto e nascimento. Tem-se ainda o índice, dentre as crianças com menos de um ano, de 68,6 % das mortes são no período neonatal (nos primeiros 27 dias de vida). A maior parte dessas mortes ocorre no primeiro dia de vida sendo por causas evitáveis. Atividades de promoção e proteção à saúde, tais como a atenção ao pré-natal, ao parto, ao nascimento e ao Recém-Nascido (RN) podem mudar a realidade social e sanitária do Brasil (BRASIL, 2012).

Portanto promover estratégias de promoção à saúde nos serviços de Atenção Primária (APS) à saúde têm demonstrado diminuição na mortalidade materno-infantil mundial. Porém essas ações ainda são limitadas. O MS propõe ações para redução desses óbitos dentre elas podem-

se destacar: implementação do protocolo clínico com a imunoprevenção rastreando patologias referentes as afecções perinatais, aplicar a classificação de risco durante o pré-natal de acordo com a recomendação da OMS, ampliar o acesso aos métodos de planejamento familiar aumentando o intervalo entre as gestações (de 2 a 6 anos), garantia do direito ao acompanhante preparado para dar suporte à gestante durante o trabalho de parto, utilizar o protocolo de corticoide para prevenir desconforto respiratório em bebês pré-termos (BRASIL, 2012).

Desde a década de 1980, a partir da mudança do modelo tecno-assistencial, inúmeras ações (programas e políticas) foram criadas com o objetivo de intervir nessa realidade, dentre eles o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que propõe ações voltadas à integralidade, à equidade e à abordagem global em todas as fases do ciclo vital da mulher (BRASIL, 2012).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), também foi instituído pelo MS na década de 80 propondo ações para reduzir a morbimortalidade na faixa etária até cinco anos, com ações específicas para: acompanhar o crescimento e o desenvolvimento na assistência à criança; promover o aleitamento materno e orientar a introdução alimentar no primeiro ano de vida; ampliar os níveis de cobertura das doenças imunopreveníveis de acordo com as normas técnicas do Ministério da Saúde; identificar precocemente os processos patológicos, favorecendo o diagnóstico e tratamento oportunos, e promover a educação, destacando a importância da família nas atividades de assistência à criança (BRASIL, 1984).

Em 2000, o MS lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com os seguintes objetivos: reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal; adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; ampliar as investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento de custos de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2000).

Em 2004, o MS reafirmou os direitos da mulher com a proposta de reduzir agravos por causas preveníveis e evitáveis por meio da elaboração do documento intitulado Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), refletindo o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher de maneira integral (BRASIL, 2012).

Diante de tantos desafios que ainda precisam ser vencidos, o governo federal organizou uma grande estratégia para qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o território nacional com o objetivo de reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil no Brasil a Rede Cegonha, complementando o PHPN desde 2011 (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha, criada com a portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, pressupõe uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gestação, parto e puerpério, bem como o direito do neonato ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha possui como princípios: a proteção e o respeito aos direitos humanos e à diversidade cultural, étnica e racial; promoção equidade; a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados. Os principais objetivos da Rede Cegonha, de acordo com a portaria 1.459, de 24 de junho de 2011 são: organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal, fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses (BRASIL, 2011).

## 1.2 A CHEGADA DO RECÉM-NASCIDO AO AMBIENTE EXTRAUTERINO

O nascimento é considerado um rito de passagem. Mãe e filho vivenciando momentos singulares de suas vidas. No contexto hospitalar, várias pessoas estão envolvidas, principalmente, os profissionais de saúde, as puérperas e famílias, que desenvolvem ritos de cuidado, ou seja, ações que são plenas de símbolos e significados que as auxiliam na reorganização propiciando incorporar o novo (recém-nascido e nova mãe) e auxiliar a expressar a sua percepção de saúde e os papéis sociais que precisam ser definidos ou redefinidos durante o processo de nascimento (MONTICELLI, 1997).

Durante a vida intrauterina, o feto encontra-se num ambiente agradável, cercado de proteção, sons agradáveis, com luminosidade e temperatura constantes. Sendo assim, o momento de

transição para o período neonatal torna-se um período altamente vulnerável para o neonato, que está completando muitos dos ajustes fisiológicos essenciais à existência extrauterina. Sabe-se que os RNs apresentam imaturidade morfológica e funcional. O seu desenvolvimento constitui um processo contínuo de adaptação entre o sistema interno, que compreende a organização fisiológica e comportamental do bebê, e o sistema externo, incluindo vários aspectos do ambiente físico e daqueles que cuidam desse neonato (MEDEIROS; MASCARENHAS, 2010).

O RN inicia um novo processo de adaptação que difere da condição anterior da vida intrauterina, apresentando as alterações de comportamento que podem ser expressas de diversas formas, incluindo agitação, choro, rigidez muscular, flexão de membros, expressão facial, gemido e o estado de sono e vigília. Associadas a esses achados, eles também podem apresentar alterações fisiológicas: na frequência cardíaca e respiratória, com alterações na saturação de oxigênio e diminuição da motilidade gástrica (BRASIL, 2014).

Um dos procedimentos mais eficazes para alívio da dor neonatal é a diminuição da estimulação tátil, ou seja, evitar luminosidade, barulho e manuseio excessivos, facilitando a vigília e o sono e conservando a energia do bebê (BRASIL, 2014). O estudo de Santos *et al.* (2015) relata que a dor é considerada o quinto sinal vital, podendo ser transmitida pelos receptores periféricos até o córtex a partir da 16ª semana de gestação e alcançando o completo desenvolvimento após a 26ª semana, atuando, assim, como fator de risco para o estresse neonatal e familiar.

Durante a gestação, o hipotálamo, a hipófise e a glândula adrenal, junto com o sistema simpático adrenomedular, são os reguladores do estresse, através da liberação de cortisol e catecolaminas. Portanto, pode-se constatar que o recém-nascido possui um sistema neuroendócrino responsivo a eventos estressantes logo ao nascer, mesmo que o seu sistema neuro-endocrinometabólico encontre-se ainda imaturo ao nascer (FORGAÇA; CARVALHO; VERRESCHI, 2006).

No Brasil, nascem cerca de 3 milhões de crianças ao ano, das quais 98% em hospitais. A maioria desses bebês nasce com boa vitalidade. Porém, parâmetros e cuidados ao nascimento são recomendados pelo Ministério da Saúde (MS). Para a recepção do RN, o MS recomenda que se utilizem as precauções-padrão: lavagem/higienização correta das mãos e uso de luvas,

avental impermeável, bem como máscara e proteção facial para evitar contaminação do profissional com material biológico do RN (BRASIL, 2014).

Logo após o nascimento, o RN deve respirar de maneira regular e suficiente para manter a frequência cardíaca (FC) acima de 100 bpm. A FC é avaliada por meio da ausculta do precórdio com estetoscópio. A frequência cardíaca varia, em média, de 120 a 140 bpm. RNs em repouso com frequência cardíaca acima de 160 bpm (taquicardia) devem ser mais bem avaliados. Outro parâmetro é a avaliação da frequência respiratória (FR) que no RN é de 40 a 60 incursões por minuto (contadas em 1 minuto). Frequência acima de 60 caracteriza a taquipneia, que deve ser investigada. Presença de tiragem intercostal supra e infraesternal é anormal, mesmo em RNs prematuros (BRASIL, 2014).

A OMS define como faixa de normalidade a temperatura de 36.5 a 37°C para o recém-nascido e classifica a hipotermia de acordo com a gravidade: hipotermia leve (potencial estresse ao frio) aquela em que a temperatura varia de 36 e 36.4°C, hipotermia moderada entre 32 e 35.9°C (BRASIL, 2011). A instabilidade térmica do RN resultou na recomendação da OMS determinando que o banho do RN deveria ser evitado antes da sexta hora do nascimento.

Apesar dessa recomendação, o banho nas primeiras horas de vida é prática padrão em muitas instituições no Brasil devido à preocupação com a possibilidade de transmissão de infecções para os profissionais de saúde e familiares através do contato com o sangue e as secreções presentes na pele do RN, incluindo, entre outros, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatites B e C.

Outras recomendações são o clampeamento em tempo oportuno do cordão umbilical, benéfico em comparação ao clampeamento imediato com relação aos índices hematológicos na idade de 3 a 6 meses (BRASIL, 2014). O RN a termo com boa vitalidade deve ser secado e posicionado pele a pele com a mãe ou ao nível da placenta por um minuto, até o cordão umbilical parar de pulsar e ser realizado o pinçamento e a secção do cordão umbilical.

O contato pele a pele é recomendado para bebês que nascem a termo, mantém respiração espontânea, com boa vitalidade e que não necessitem de ventilação mecânica. Essa conduta permite que o RN utilize o corpo da mãe como fonte de calor imediatamente após o nascimento, sendo cobertos com panos pré-aquecidos, prevenindo assim a hipotermia. Nesse momento estimula-se a amamentação (BRASIL, 2014). A Organização Mundial da Saúde



(OMS) orienta que a amamentação seja iniciada na primeira hora de vida, essa conduta está associada à menor mortalidade neonatal, ao maior período de aleitamento, à melhor interação do binômio e ao menor risco de hemorragia materna (OMS, 2016).

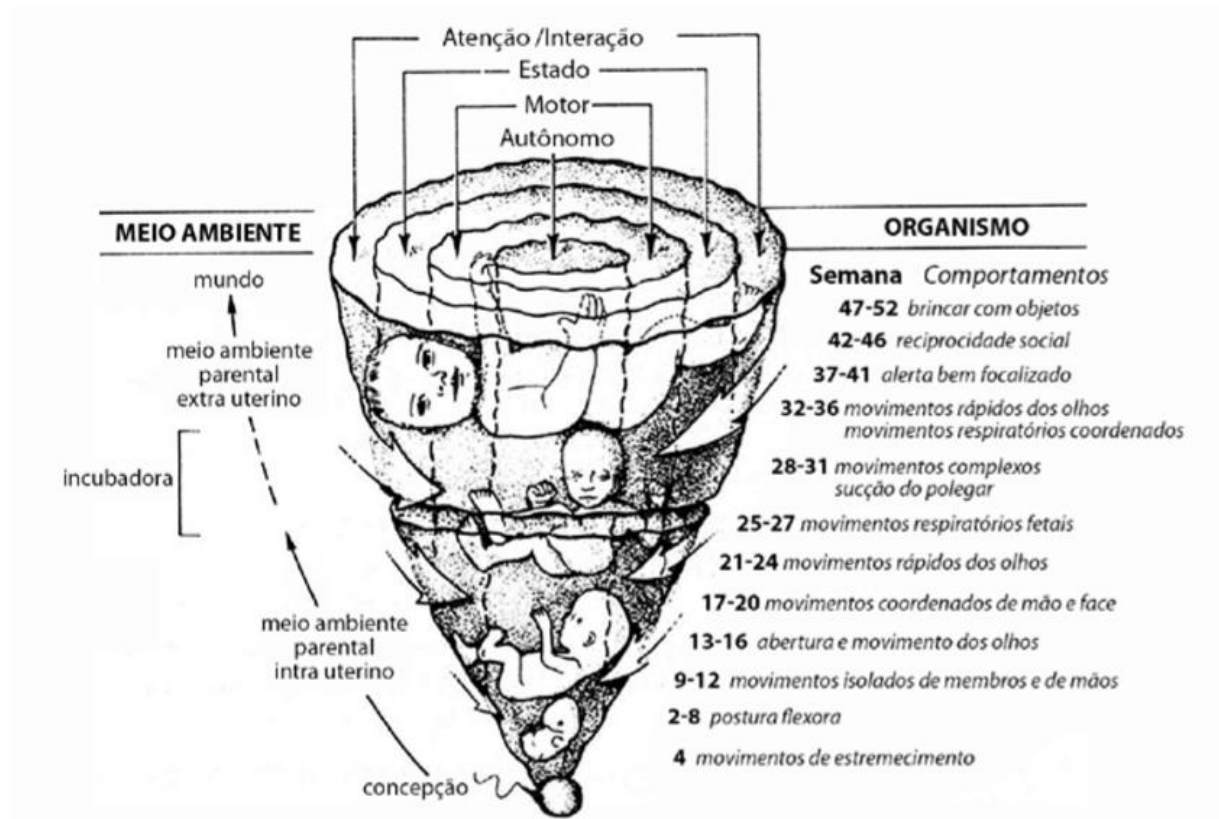
### **1.2.1 O subsistema fisiológico e o estado comportamental do recém-nascido**

De acordo com a Teoria Síncrono-Ativa proposta por Als em 1982, cinco subsistemas analisam o comportamento dos recém-nascidos. Durante cada estágio do desenvolvimento os subsistemas desenvolvem-se independentemente e, ao mesmo tempo, interagem continuamente um com o outro e com o meio ambiente. O processo do desenvolvimento é descrito como uma série de círculos concêntricos, iniciando pelo subsistema autônomo e terminando pelo de atenção e interação, com cada um dos subsistemas continuamente promovendo retroalimentação para os demais (BRASIL, 2017).

Ainda segundo Brasil (2017) o subsistema fisiológico (ou autônomo) é o que primeiro se desenvolve na vida intra-uterina compreendendo as funções vitais (neurovegetativas) (Figura 1). São os sinais vitais que os profissionais de saúde ficam mais atentos pois assegura a vitalidade fetal. Independente da idade gestacional diversos parâmetros podem ser observados no RN: cor e aspecto da pele, saturação de oxigênio, frequência cardíaca, sinais viscerais (salivação, soluço, regurgitação, movimentos intestinais) (BRASIL, 2017).

Portanto quando o recém-nascido apresenta respiração e pulso regulares, coloração da pele periférica e central rosada e sem alterações viscerais indicam a estabilidade orgânica dele, demonstrando que seu subsistema fisiológico está sendo capaz de gerir seus estímulos internos e externos. Alterações nesses sinais podem indicar sinal de estresse e estafa do neonato alterando seu equilíbrio (BRASIL, 2017).

Figura 1: Representação da teoria síncrono-ativa.



Fonte: BRASIL, 2017.

Os recém-nascidos respondem através da mudança do seu estado comportamental aos estímulos externos e/ou internos. Brazelton (1973) relata que estes estados refletem a organização interna do bebê e a habilidade que ele tem para controlar os estímulos externos.

Brazelton (1973) ainda sistematizou a Escala Neonatal de Avaliação Comportamental, e definiu seis estados comportamentais, a saber: (1) sono profundo; (2) sono leve; (3) sonolência; (4) alerta; (5) Alerta com atividade; (6) choro ; considerando-os como um dos principais tópicos do exame comportamental e como uma matriz para a compreensão das reações dos bebês.

De acordo com Brasil (2017) a caracterização dos seis estados propostos na escala de Brazelton compreendem:

- Estado 1 – Sono profundo

É o estado necessário para que o recém-nascido desenvolva o encéfalo, sendo restaurador, a temperatura corporal do RN diminui, necessitando de um consumo menor de oxigênio, com menor atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. A respiração do RN apresenta-se profunda e regular, sem atividade motora e os olhos firmemente fechados. É o estado com maior semelhança do ambiente intrauterino portanto o mais afetado devido aos estímulos externos do ambiente do alojamento conjunto

- Estado 2- Sono leve

Neste estado ocorre aumento da síntese de proteína nas células cerebrais e reestruturação das sinapses. A respiração é mais rápida e irregular, o RN pode sorrir, fazer alguns movimentos com a boca e corporais como espreguiçar e contorção. Sendo o estado no qual ocorre a maior parte do aprendizado e da memória. Quando o recém-nascido adormece, a fase inicial é a do sono leve, que dura cerca de 30 minutos, até atingir o sono profundo, que dura em torno de 20 minutos. Considera-se um ciclo completo leva de 55 a 90 minutos.

- Estado 3 – Sonolência

Podem ocorrer movimentos suaves de braços e pernas. Neste estado, os olhos abrem-se e fecham-se.

- Estado 4 – Acordado

É o estado que mais favorece a interação do RN com a família/equipe de saúde. Os olhos estão abertos brilhantes, respiração regular. As respostas aos estímulos visuais e auditivos são facilmente percebidas.

- Estado 5 – Alerta com atividade

É o estado com maior atividade corporal, pode chorar.

Neste estado, os olhos ainda estão abertos, mas com maior atividade corporal, que pode ser por manifestação de desagrado do bebê. Ele pode choramingar.

- Estado 6 – Choro

O RN está totalmente acordado apresenta choro forte, com manifestação de grande desconforto, apresenta movimentos corporais vigorosos. A intensidade do choro está diretamente relacionada ao aumento na produção de cortisol, à frequência cardíaca aumentada ao maior consumo de energia pelo RN, à diminuição na saturação de oxigênio.

No RN a termo os cinco subsistemas (autônômico, motor, de estados comportamentais, de atenção/interação, regulador) funcionam de forma harmoniosa pois ele já atingiu o bom controle autônômico, motor e de regulação de estados, podendo manter todos os subsistemas ao mesmo tempo. Isso possibilita o RN uma boa habilidade de interagir socialmente com seu meio (BRASIL, 2017).

Então o termo **organização do recém-nascido** compreende a habilidade em estabelecer um funcionamento integrado entre os sistemas fisiológicos e comportamentais. A sobrevivência do RN está relacionada a capacidade desses subsistemas trabalharem em harmonia, permeia todas as interações que ele executa com seu meio afetando diretamente seu cérebro. (BRASIL, 2017)

### 1.2.2 Alojamento Conjunto: conceito

O local de nascimento deslocou-se do domicílio para o ambiente hospitalar, implicando numa mudança do paradigma do parto, que deixou de ser um evento domiciliar, do universo feminino e fisiológico, passando a ser vivenciado como algo patológico hospitalar. Durante esse processo, a presença de pessoas importantes para a parturiente foi sendo afastada, e a determinação sobre quem poderia ou deveria estar presente passou a ser uma escolha da instituição hospitalar. Os RNs também ficavam no berçário e eram afastados de suas mães para receberem os primeiros cuidados. Todavia, em meados do século vinte, a experiência do parto normal voltou a ser questionada e redefinida como um evento positivo, exigindo uma transformação no ambiente do parto (MONTICELLI, 2003).

Em 1996, a OMS estipulou as condutas e práticas a serem utilizadas no atendimento ao parto normal, ressaltando o direito à presença de um acompanhante. No Brasil, em 2005, com a aprovação da Lei 11.108, de 7 de abril, essa presença ficou garantida, assegurando à mulher a

possibilidade de contar com um acompanhante de sua livre escolha durante o trabalho de parto, o parto e também no pós-parto imediato (OMS, 1996).

De acordo com a Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016, Alojamento Conjunto (AC) é o local em que a mulher e o RN sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral até a alta, possibilitando a atenção integral à saúde da mulher e ao RN, por parte do serviço de saúde. Esse sistema apresenta as seguintes vantagens: favorece e fortalece o estabelecimento do vínculo afetivo entre pai, mãe e filho; propicia a interação de outros membros da família com o RN; fortalece o autocuidado e os cuidados com o RN (COFEN, 2016).

O sistema de AC é fundamental para o desenvolvimento emocional humano que surge no âmbito das relações interpessoais, porque favorece a aproximação entre mãe e bebê nos primeiros dias de vida. Essa aproximação é essencial para a construção do cuidado materno que se estabelece ainda no hospital (PILOTTO; VARGENS; PROGIANTI, 2009).

Alguns dos seguintes critérios são considerados elegibilidade para o binômio mãe e filho ser encaminhado ao AC: puérperas estáveis e sem contraindicações para a permanência junto ao RN; RNs clinicamente estáveis, com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico; bebês com peso maior ou igual a 1800 gramas e idade gestacional maior ou igual a 34 semanas; RNs em tratamento para sífilis ou sepse neonatal (COFEN, 2016).

A Portaria 2068/2016 também sugere que as puérperas com perda gestacional não permaneçam no mesmo ambiente (quarto ou enfermaria) com puérperas e seus RNs, bem como evitar também que mulheres no pós-parto, que não podem amamentar por doença de base ou uso de medicamentos, permaneçam juntas com mulheres que amamentam, exigindo das instituições melhor gestão dos leitos (COFEN, 2016).

Atividades de educação em saúde podem ser desenvolvidas pela equipe multiprofissional, diminuindo o risco de infecção relacionada à assistência em serviços de saúde e proporcionando o contato dos familiares com a equipe de saúde durante os cuidados neonatais (COFEN, 2016).

Recomenda-se, sempre que possível e desejável, que o binômio mãe e filho permaneça no AC por, no mínimo, 48 horas, haja vista a oportunidade ímpar de aprendizagem para as mães

durante a sua permanência em alojamento conjunto e de detecção de complicações pós-parto e afecções neonatais (BRASIL, 2014).

Durante o período de internação no alojamento conjunto, o binômio mãe e filho deverá receber toda a orientação e atenção dos profissionais de saúde, especificamente do enfermeiro, sobre as suas necessidades de cuidados. Essa orientação poderá contribuir para a continuidade desses cuidados em domicílio. Desde as ações básicas, como o banho do RN, a troca de fraldas, o cuidado com o coto umbilical, até as orientações para o esquema vacinal, a triagem neonatal e o aleitamento materno são pontos que deverão ser realizados pelos enfermeiros (CUNHA, 2013).

Somado aos fatores de adaptação do RN, na vida extrauterina dá início a formação da microbiota intestinais, e os RNs podem desenvolver cólicas intestinais que estabelecem quadro de dor, sendo decorrente da imaturidade do sistema digestório até os seis meses de vida e da diminuição da motilidade gástrica, ocasionada pela própria sensação de dor. Essas dores são consideradas como um dos maiores agentes estressores para o neonato (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, torna-se importante a avaliação dos cuidados de enfermagem executados com o RN ao nascimento, que podem vir a desencadear fatores estressantes para a adaptação extrauterina. Dessa forma, a enfermagem deve entender a dor como um sinal vital que pode ser mensurado por meio de uma escala validada como a Escala de Dor em Neonatos (Neonatal Infant Pain Scale, NIPS) que avalia parâmetros comportamentais e fisiológicos. A escala contempla a avaliação de expressão facial, choro, respiração, braços, pernas e estado de alerta do RN com dor (SANTOS *et al.*, 2015).

Estudos desenvolvidos por Fogaça, Carvalho e Verreschi (2006) acrescentam que imediatamente após o contato pele a pele do RN com a mãe e após a massagem terapêutica, houve diminuição dos níveis de cortisol plasmático e salivar.

O protocolo do MS para atenção à saúde do RN, no seu guia para os profissionais, alerta para que o primeiro banho do RN constitui o momento de maior vulnerabilidade para a família, sendo este o momento no qual a equipe de enfermagem deve proporcionar a demonstração de técnicas de higiene, de forma que não cause estímulos dolorosos ao bebê, proporcionando segurança e bem-estar no desenvolvimento da técnica e o fortalecimento do vínculo familiar.

Além disso, durante o banho, pode-se realizar o exame físico para avaliar as condições físicas e motoras do RN (BRASIL, 2014).

### **1.2.3 O enfermeiro obstetra no Alojamento Conjunto**

A enfermagem é conhecida como a arte e a ciência do cuidado e no contexto obstétrico e neonatal esse cuidado precisa ser integral, pois o profissional deve lidar com uma mulher que passou por mudanças recentes, sendo agora mãe e com alterações fisiológicas e psicológicas importantes, além de um RN que depende exclusivamente de seus cuidados. Nesse contexto, o enfermeiro obstetra (EO) tem um papel diferenciado, pois é capaz de assistir à mulher, ao RN e ao acompanhante pautado em conhecimentos específicos dos envolvidos e, consequentemente, com uma visão clínica mais rica e detalhada (GONÇALVES; CARDOSO; GARCIA, 2016).

Considerando a peculiaridade desse momento na vida do neonato e da puérpera, cabe à enfermagem obstétrica assumir esses cuidados de forma individualizada. A resolução do COFEN 524/2016 e a 516/2016 responsabiliza e valoriza a especialidade da enfermagem obstétrica nesse contexto do alojamento conjunto. De acordo com essa resolução, cabe ao enfermeiro obstetra e obstetriz que atua em serviços de assistência obstétrica: o acolhimento à mulher e aos seus familiares, avaliação da saúde materno-infantil e ofertar a consulta de enfermagem desde o pré-natal até o puerpério (COFEN, 2016).

A enfermagem obstétrica deve promover um modelo de cuidado centrado no protagonismo da mulher, numa ambiência favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica, garantindo às parturientes, de acordo com a Lei 11108/2005, o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e da rede própria ou conveniada (BRASIL, 2005).

As práticas da enfermagem obstétrica devem ser baseadas em evidências científicas, como: oferta de tecnologias não farmacológicas para o alívio da dor, livre movimentação na posição do parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto. Além disso, devem favorecer o contato pele a pele ininterrupto por quanto tempo for necessário favorecendo a mamada na primeira hora de vida, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da família assistida. Essa assistência deve ser registrada como processo de

enfermagem, encaminhando os RNs que não sigam os critérios do AC para a assistência de alta complexidade (COFEN, 2016).

A Portaria 2068/2016 garante a importância do profissional enfermeiro obstetra como recurso humano considerando a presença mínima de pelo menos um profissional de nível superior para função de coordenação, preferencialmente com especialização em neonatologia/obstetrícia ou dois anos de experiência profissional comprovada na área, com jornada horizontal diária mínima de quatro horas. Na assistência ao binômio mãe e filho no AC o profissional enfermeiro deve ter especialização em neonatologia/obstetrícia ou experiência de dois anos comprovada. Sugere-se também que para cada 20 binômios mãe-Rn dois profissionais de nível técnico para cada oito binômios mãe-RN ou fração em cada turno (COFEN, 2016).

Cabe à equipe multiprofissional do AC desenvolver e demonstrar diversas atividades com a família, dentre elas: realizar o banho do RN na cuba de seu próprio berço ou banheira e assegurar a limpeza e a desinfecção entre o uso de acordo com padronização da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar das respectivas maternidades. Durante o banho, orientar os cuidados necessários para a prevenção de hipotermia, incentivando a participação materna e paterna ou de outro acompanhante; avaliar o peso do RN, de acordo com necessidades individuais; adotar técnicas não farmacológicas de prevenção/redução da dor para a coleta de sangue e outros procedimentos dolorosos. Recomenda-se a sucção ao seio materno previamente, durante a realização de procedimentos dolorosos ao RN (COFEN, 2016).

Essa portaria coloca o cuidado ao banho do neonato não mais centrado na figura da equipe de enfermagem, mas na equipe multiprofissional. Para restabelecer e retomar os cuidados ao binômio mãe e filho, família e acompanhantes; ação que caracteriza a finalidade da enfermagem obstétrica. A equipe de saúde ainda deverá conferir atenção ao estabelecimento de vínculo entre a mãe e o RN a riscos e a vulnerabilidades particulares, bem como manter observação e escuta qualificada para esclarecer dúvidas e apoiar a mulher nesse período (COFEN, 2016).

A educação em saúde também está assegurada no sistema AC, dando preferência para as ações em grupo, com o propósito de ampliar o autocuidado das mulheres e de demonstrar os cuidados com os RNs; oferecer orientações quanto aos cuidados de saúde, nutrição, higiene, saúde sexual e reprodutiva (COFEN, 2016).



#### 1.2.4 O primeiro banho do Recém- Nascido – Estudos Clínicos

Enfermeira na década de 90 realizou estudo randomizado controlado com objetivo de determinar os efeitos do primeiro banho na termorregulação em cem recém-nascidos saudáveis a termo em hospital regional no Canadá que oferece serviços primários e secundários cuidado do recém-nascido. Como resultados não observou diferenças significantes ( $p < 0,05$ ) nas temperaturas retais entre os grupos durante o exame de avaliação da admissão, antes do banho, imediatamente após o banho, 1 hora após o banho, ou 2 horas após o banho. Bem como não encontrou diferenças significantes entre os grupos no tipo de parto, tempo de nascimento, idade gestacional, peso ao nascer, escores de Apgar em 1 e 5 minutos, temperatura do ar, frequência cardíaca apical ou frequência respiratória. Dessa forma a autora concluiu que RNs com temperaturas retais superiores a 36,5 graus C podem tomar banho imediatamente após o exame de avaliação da admissão (PENNY-MACGILLIVRAY, 1996).

Estudo quase-experimental realizado por enfermeiras em maternidade de hospital universitário terciário localizado no Colorado nos Estados Unidos com objetivo avaliar os efeitos sobre a termorregulação do banho de um recém-nascido saudável na primeira hora de vida em relação ao banho de quatro a seis horas após o nascimento. Participaram do estudo cinquenta e um recém-nascidos a termo saudáveis com uma temperatura axilar mínima de 36,5 graus C. As autoras recomendam que o momento do banho pode ser flexível de acordo com as características e a estabilidade do recém-nascido e com os desejos da família (BEHRING; VEZEAU; FINK, 2003).

Duas enfermeiras docentes de uma universidade em Ontário-Canada realizaram ensaio clínico randomizado controlado com objetivo de comparar a estabilidade térmica durante o primeiro banho de recém-nascidos realizados por enfermeiros comparados com banhos realizados pelos pais. O número de participantes foi de 111 recém-nascidos a termo, que nasceram por via vaginal. O desfecho foi a perda de calor do recém-nascido ocorrida no banho, avaliada pelas mudanças nas temperaturas axilares, que foram tomadas antes, durante e após o banho. Não houve diferença na mudança de temperatura entre os recém-nascidos que tomaram banho dado por um enfermeiro e aqueles que tomaram banho dado por um dos pais ( $F = 0,595$ ;  $p = 0,442$ ). Concluíram que a perda de calor experimentada pelos recém-nascidos durante o banho é significativa e não está associada a quem dá o banho no recém-nascido ou onde ocorre o banho (MEDVES; O'BRIEN, 2004).

A Sociedade Europeia em relação ao banho de recém-nascido defende que pode ser realizado sem prejudicar a criança, desde que os procedimentos básicos de segurança sejam seguidos. A água ou soluções líquidas adequadamente padronizadas podem ser usados durante o banho sem prejudicar o processo de maturação da pele. Os óleos para os RNs devem ser formulados apropriadamente para ser aplicados para secar a pele fisiológica (transitória) e em pequenas quantidades para o banho. O pH 5,5, e as formulações e seus ingredientes constituintes devem ter sido submetidos a um extenso programa de testes de segurança. Formulações dos produtos não deve conter tensioativos agressivos, como o lauril sulfato de sódio. Os profissionais de saúde devem usar essas recomendações como base para aconselhar aos pais (BLUME-PEYTAVI *et al.*, 2016).

Para finalizar uma enfermeira da Califórnia nos Estados Unidos em 2016 realizou um estudo de revisão da literatura sobre o banho de recém-nascidos, bem como examinar as controvérsias do mesmo. A autora identificou 6 estudos de coorte sendo 5 deles comparando o banho de imersão versus banho com esponja e como principais resultados estatisticamente significantes comuns aos estudos foram: que os RN choraram menos com banho (banheira) **p < 0,001**; mães tiveram maior satisfação com banho de banheira (**p = 0,00**); bebês submetidos ao banho banheira tiveram menor perda de temperatura (**p = 0,00**). A autora da revisão enfatiza sobre a importância de se realizar estudos sobre os benefícios de retardar o primeiro banho priorizando a amamentação, estabilidade fisiológica, hipoglicemia e microbiota da pele (LUND, 2016).

### 1.3 A ANSIEDADE MATERNA NO PERÍODO PUERPERAL

As transformações que a gestação traz para a vida das mulheres estão relacionadas com as modificações do corpo, da organização de vida e de como os outros a enxergam. Essas transformações causam ansiedade, que não pode ser desconsiderada pela equipe de assistência em saúde. A escuta qualificada e atenta poderá abrir espaços para que as ansiedades sejam nomeadas, explicitadas, transformando em palavras os sentimentos que parecem tão confusos (BRASIL, 2012).

O profissional de saúde precisa abordar a mulher na sua integralidade, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos, a sua família, o ambiente em que vive, se possui rede de apoio social e emocional, estabelecendo uma relação próxima e valorizando a singularidade

de cada pessoa, contexto e situação desde o pré-natal. Muitos dos sintomas físicos manifestados pela gestante podem estar encobrindo questões emocionais, ansiedades e medos que muitas vezes não são percebidos pela mulher. Sendo assim, é fundamental a sensibilidade do profissional para entender o que está ocorrendo com cada gestante (BRASIL, 2012).

É importante, sobretudo, enfatizar que o nascimento de um bebê é um evento familiar. Portanto, para se oferecer uma atenção de qualidade no puerpério, é necessário pensar não apenas em termos da puérpera, mas sim da família como um todo, incluindo em tal perspectiva as várias formas de organização familiar (BRASIL, 2012).

O RN está em uma condição de dependência absoluta de cuidados; pois é um ser que não consegue se manter vivo sem a dependência de um adulto que o proteja, que ofereça todos os cuidados, que vão dando sentido para o que acontece em seu ambiente (ESTEVES; ANTON; PICCININI, 2011). Uma das funções maternas então seria dar continência à criança e acolhê-la, fazendo o que menciona como *holding* (sustentação). Algumas semanas após o nascimento, as puérperas entram em um estado especial, de sensibilidade exacerbada, o que caracteriza a preocupação materna primária. É esse momento que dificilmente as mulheres se recordam.

Assim, torna-se necessário um ambiente adequado para que ocorra o desenvolvimento emocional e físico do RN. Entretanto, crises podem ocorrer no período puerperal devido às grandes modificações físicas e psicológicas que acompanham as mulheres. A literatura indica diversas mudanças que surgem com a chegada do bebê, principalmente porque a identidade feminina é modificada. Tal reorganização é importante para que a mulher possa alterar seus investimentos emocionais, seu tempo, sua energia e suas atividades rotineiras depois do parto (JAGER; BOTTOLI, 2011).

A ansiedade é um dos sinais e sintomas do estresse, sendo uma resposta fisiológica natural, causando sintomas de taquicardia, sentimento de medo, de desastre eminente, tensão e inquietação, além de doenças como: síndrome do pânico, fobias, transtornos obsessivo-compulsivos, ansiedade generalizada, entre outras (PRADO; KUREBAYASHI; SILVA, 2012).

Abordando o estresse no cenário da saúde da mulher na gestação, estudo relata que quanto maior o nível de ansiedade durante a gestação, maior será a probabilidade do surgimento de

depressão puerperal. As mulheres grávidas que planejaram sua gestação não apresentaram este transtorno mental, já as que não planejaram o apresentaram, sendo importante para a redução dos sintomas depressivos o apoio social, seja familiar ou de alguém significativo (NASCIMENTO *et al.*, 2009).

O puerpério corresponde a uma fase em que a mulher passa por mudanças biológicas, subjetivas, sociais e familiares, aumentando, dessa forma, os fatores de riscos para o aparecimento de sofrimento psíquico devido às preocupações e aos anseios sentidos pela puérpera. A gravidez e o parto são eventos estressantes para a mulher e sua família, podendo ser desencadeantes de sofrimento mental, especialmente se vierem acompanhados de acontecimentos adversos (BRASIL, 2000).

As formas de sofrimento mental podem ser mais brandas ou mais graves, dependendo de uma série de fatores, do contexto socioeconômico, do suporte familiar e da história de cada mulher. Os sofrimentos psíquicos que podem ocorrer com as puérperas são: tristeza puerperal (também chamada de *baby blues* ou *maternity blues*), depressão puerperal (depressão pós-parto) e o transtorno psicótico puerperal. Os sintomas dessas alterações psíquicas iniciam com a ansiedade (BRASIL, 2014).

Após a alta hospitalar, a mãe, que em condições normais é quem vai cuidar do RN, sente-se insegura para entender o comportamento do RN. Portanto, o enfermeiro deve saber interpretá-la e intervir, seguindo as premissas não farmacológicas de alívio da dor, de forma a empoderar a família quanto aos cuidados com o recém-nascido (RAMOS *et al.*, 2014).

As intervenções comportamentais, como relaxamento, são técnicas simples e efetivas, que podem ser implementadas pelas enfermeiras e são úteis no tratamento e no controle do estresse e da ansiedade. Primo, Amorim e Leite (2011) levantaram estudos retrospectivos em seres humanos demonstrando que o estresse materno crônico, durante a gravidez, associa-se aos níveis elevados do hormônio cortisol.

Pereira (2015) ressalta a importância de se compreender as variações de humor e outros fatores que podem afetar a saúde da mulher no período de puerpério, pois podem apresentar uma relação com o desenvolvimento dos bebês. Os fatores negativos da ansiedade na saúde materna, muitas vezes associados a altos níveis de estresse, podem impactar no desenvolvimento do bebê em longo prazo.

Ao correlacionar-se a interação entre o Sistema Nervoso Central (SNC) e os sistemas imune e endócrino, na gravidez, ocorre um aumento da liberação de hormônios adreno-corticotrófico e o cortisol que podem ocasionar estresse materno crônico. Esses hormônios aumentam os riscos de nascimentos prematuros, de atraso no desenvolvimento e de anormalidades de comportamento nas crianças. Nota-se que os hormônios maternos aumentados ocasionam estresse, aumentando as chances de danos cerebrais ao feto (SILVA, 2016).

Assim, o cuidado com a saúde da mãe em especial do RN tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, assim como a promoção de melhor qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde (BRASIL, 2000).

As intervenções não invasivas para o alívio da dor podem ser mediadas com medidas de conforto através do banho, e podem vir a somar a uma gama de cuidados que objetivem a diminuição das demandas estressoras vivenciados pelo RN nos seus primeiros dias de vida.

É importante ainda incentivar que todos os cuidadores envolvidos no processo de cuidar fiquem sempre atentos as necessidades do binômio mãe e filho, e participem dos atendimentos com a puérpera e o recém-nascido, para que tenham espaço de escuta, orientação, demonstração prática dos cuidados e reflexão sobre as transformações que ocorrem na família com o nascimento de um filho e dos ajustes da nova rotina de cuidados. Desta forma, possibilita que essa rede de apoio tenha maior tranquilidade para se lidar com as angústias e mudanças puerperais. Ressalta-se, também, que a realização de um pré-natal de qualidade e o apoio qualificado dos profissionais de saúde e da família atuam como facilitadores de um puerpério mais satisfatório (BRASIL, 2000).

Mediante o exposto, sentiu-se a necessidade de investigar, usando o rigor científico, o cuidado do primeiro banho da vida realizado pela equipe de enfermagem; para responder à seguinte questão: a intervenção-primeiro banho da vida interfere na adaptação fisiológica e no estado de ansiedade materna? Sendo assim, esta pesquisa tem como objeto de estudo a intervenção-primeiro banho da vida realizado pela enfermagem no AC e a influência do mesmo no estado de ansiedade materna e nos parâmetros fisiológicos do RN.

## 1.4 OBJETIVOS

### **Objetivos 1 – Artigo 1**

- Avaliar os efeitos da intervenção Enfermagem-primeiro banho no choro e sono do recém-nascido.

### **Objetivo 2 – Artigo 2**

- Avaliar os efeitos da intervenção de Enfermagem-primeiro banho do RN nos níveis de ansiedade materna.

### **Objetivo 3– Produto**

- Desenvolver material didático sobre a intervenção-primeiro banho do RN para a maternidade pública de Vitória.

## 1.5 RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A relevância desta pesquisa para a assistência de enfermagem no AC fundamenta-se na necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as especificidades do efeito do banho no organismo do bebê a termo durante sua permanência no AC. Banho que o enfermeiro desenvolve com a participação da puérpera e familiares envolvidos no cuidado. Dessa forma, demonstra para a família uma técnica que eles possam dar continuidade na assistência em domicílio, considerando os aspectos culturais.

O profissional de saúde deve prover atendimento humanizado e seguro às mulheres, aos RNs, aos acompanhantes, aos familiares e aos visitantes, e ser capaz de acolhê-los. Entende-se por acolhimento no alojamento conjunto a recepção da mulher, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ela, ouvindo as suas queixas, permitindo que expresse as suas preocupações e angústias, e dando-lhe respostas adequadas (BRASIL, 2014).

Estimular o pai da criança, quando presente, a participar ativamente dos cuidados com o bebê deve ser também um olhar da enfermagem. A importância do vínculo pai-bebê nos primeiros meses de vida é cada vez mais valorizada na sociedade atual. A exemplo do vínculo mãe-

bebê, os primeiros meses de convivência são cruciais no estabelecimento da função paterna (BRASIL, 2014). A inclusão dos pais no cuidado, aproximando-o ao RN e a educação para o cuidar responsabiliza-o também nesse processo. Um dos princípios básicos do acolhimento é reconhecer o usuário como sujeito e participante ativo do processo, valorizando as suas experiências, os seus saberes e a sua visão de mundo.

O modelo de educação em saúde atualmente proposto é o modelo que tem o diálogo como seu elemento central. Considerando o saber que a família possui, que embora diferente do saber técnico-científico, não pode ser desconsiderado do pelos profissionais de saúde. Acredita-se que atividades desenvolvam a autonomia e a emancipação de mães/pais/familiares para o cuidado domiciliar dos bebês, de forma a almejar o cuidado humanizado e integral centrado na família (GOMES *et al.*, 2015).

Torna-se imprescindível, a capacitação dos pais e familiares como estratégia fundamental, para que se tornem autônomos e responsáveis pelos cuidados com o seu recém-nascido, no contexto familiar, uma vez que, a educação em saúde pode proporcionar aos pais o empoderamento do saber cuidar do seu recém-nascido (GOMES *et al.*, 2015).

Estudos desenvolvidos por Primo, Amorim e Leite (2011) na área da saúde da mulher apontam a ampliação a atuação da enfermeira no período gravídico puerperal, pois proporciona a aplicabilidade de uma prática individualizada e humanista que percebe o paciente holisticamente e atua em aspectos físicos e psicológicos da mulher.

O puerpério é um período de mudanças físicas e emocionais, que cada puérpera o vivencia de forma diferente. A enfermeira deve dedicar-se a acolher essas demandas da puérpera demonstrando confiança para que a mulher fortalecida conduza sua vida com mais autonomia.

Ainda segundo Primo, Amorim e Leite (2011) intervenções de enfermagem, como as técnicas de relaxamento, precisam ser incluídas no cotidiano de cuidar da rotina de trabalho da enfermagem, aproximando-se da cliente assistida, melhorando a qualidade do serviço prestado e promovendo o efetivo reconhecimento da profissão como educadora em saúde. As pesquisadoras recomendam novos estudos, como este, desenvolvido no AC, para que se avaliem os efeitos em longo prazo do relaxamento no sistema imunológico do binômio mãe-RN, verificando inclusive um maior número de vezes os níveis de Imunoglobulina A (IgA) salivar como marcador imunológico.

De acordo com Brasil (2014) o atendimento ao RN consiste na assistência por profissional capacitado na categoria de enfermagem que seja preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal, desde o período imediato ao parto até que o binômio mãe e filho seja encaminhado ao AC, à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, à Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal, à Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru, ou ainda, no caso do nascimento em quarto de Pré-Parto, Parto e Puerpério (PPP), que seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional do PPP.

Para executar esse atendimento, o profissional de enfermagem deverá executar as boas práticas de atenção humanizada ao RN e ser capacitado em reanimação neonatal. São estas as recomendações para as boas práticas de atenção ao binômio mãe e filho: assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, protegendo-o com uma coberta seca e pré-aquecida, verificar a temperatura do ambiente que deve estar em 26° C para evitar a hipotermia; realizar o clampeamento oportuno do cordão umbilical após terminar as pulsações exceto em caso de mães com o HIV ou com o vírus T-linfotrópico humano (HTLV) positivas; estimular o aleitamento materno exceto em caso de mães HIV ou HTLV positivas; postergar os procedimentos de rotina do RN nessa primeira hora de vida (BRASIL, 2014).

Entretanto, durante a recepção do RN o clampeamento precoce do cordão umbilical (< 1 minuto após o nascimento) deve ser realizado quando o recém-nascido necessitar de reanimação com ventilação de pressão positiva. Contudo, se o profissional de saúde responsável pelos cuidados imediatos tiver experiência no suprimento eficaz de ventilação com pressão positiva sem cortar o cordão, a ventilação pode ser iniciada com o cordão intacto para permitir o clampeamento tardio do cordão umbilical (OMS, 2013).

O estresse causado pela exposição ao frio causa problemas fisiológicos e metabólicos, independente da condição do RN ou da idade gestacional, levando ao aumento do consumo de oxigênio, à vasoconstrição pulmonar e periférica, que resulta em diminuição na captação pulmonar de oxigênio aos tecidos, e à glicólise anaeróbica aumentada, podendo levar à acidose metabólica. Quando o consumo de oxigênio aumenta em resposta ao estresse causado pelo frio, a frequência respiratória também aumenta (BRASIL, 2011).

A proposta deste ensaio clínico randomizado controlado da intervenção de Enfermagem-primeiro banho-IEPB-LIMA do RN permite que a enfermeira desenvolva um cuidado individualizado considerando as necessidades morfológicas e fisiológicas da imaturidade do



neonato. Um banho onde todos os cuidados devem ser observados: desde o seu preparo às condições do ambiente físico, à sua ambientação e temperatura; aos recursos utilizados para o banho, à temperatura da água, às condições físicas e à avaliação do bebê; bem como massagem abdominal e medidas de conforto durante a imersão na água, e as condições da mãe. Com isso, a intervenção-primeiro banho da vida se configura como uma das estratégias para melhor recepção do RN, favorecendo a sua adaptação e a atenção à prevenção dos estressores no ambiente extrauterino.



## 2.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um ensaio clínico randomizado controlado. Os participantes do estudo, binômios mãe e filho, foram separados aleatoriamente em dois grupos: o de intervenção e o de controle. O grupo intervenção recebeu a intervenção-primeiro banho em estudo; o grupo controle recebeu os cuidados preconizados pela instituição, o Procedimento Operacional Padrão (ANEXO A), considerado, na instituição, padrão ouro.

## 2.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O hospital do estudo é considerado o maior da rede pública de saúde do Espírito Santo. Tem o seu marco histórico na década de 40, como Sanatório Getúlio Vargas, para tratamento de pacientes tuberculosos. Em 1967, passa a se constituir um hospital da Universidade Federal do Espírito Santo, de alta complexidade. Está localizado no campus universitário de Maruípe, em Vitória, e cumpre a função de hospital-escola, atuando na formação acadêmica em diferentes áreas da saúde, de modo integrado no ensino, na pesquisa e na extensão (UFES, 2013).

Esse hospital de alta complexidade possui 240 leitos e 1.598 profissionais, sendo 290 médicos, 266 enfermeiros, 390 técnicos de enfermagem, 130 auxiliares de enfermagem, um atendente de enfermagem, 266 em funções assistenciais e 190 em cargos administrativos. Por meio de contrato assinado em abril de 2013, o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pelo governo federal com a finalidade de gerenciar os hospitais universitários do país.

A Unidade Materno Infantil é composta pelos seguintes setores: recepção/internação, pré-parto (4 leitos), ginecologia e alojamento conjunto (12 leitos), além de uma enfermaria de 4 leitos para gestantes em tratamento clínico, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e enfermaria canguru.

A coleta de dados ocorreu no AC da Unidade Materno Infantil com puérperas e neonatos, no período de junho de 2017 a março de 2018.

## 2.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram considerados sujeitos da pesquisa o binômio, mãe e filho, internados na maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes de alta complexidade em Vitória – Espírito Santo, selecionados mediante sorteio.

Como critérios para inclusão no estudo, consideramos: neonatos a termo, com idade gestacional igual ou maior a 37 semanas, mantendo boa vitalidade e peso de nascimento  $\geq 2500\text{g}$ , boletim de Apgar  $\geq 8$  no quinto minuto de vida e que não apresentaram intercorrências ao nascer e que foram liberados pelo protocolo de no mínimo 24 horas de vida para realizarem o procedimento do banho. As puérperas eram maiores de 18 anos. As mães excluídas da pesquisa foram as usuárias de drogas ilícitas e/ou lícitas que poderiam comprometer a entrevista ou a intervenção.

Os critérios de exclusão foram: bebês prematuros e RN clinicamente instáveis, com alterações de temperatura, contra-indicações ao banho de imersão, problemas neurológicos, apresentação de processo infeccioso e crianças com malformações congênitas.

Dois grupos foram instituídos, o de intervenção e de controle. O grupo controle foi a referência de comparação com o grupo intervenção, que recebeu a intervenção-primeiro banho proposta pelo estudo. Os grupos foram selecionados através de sorteio aleatório. A lista de nascimento do dia era disponibilizada pela equipe e o sorteio era realizado aleatoriamente para selecionar qual binômio mãe e filho que receberia a intervenção.

## 2.4 CÁLCULO DA AMOSTRA

O cálculo do tamanho da amostra se deu pela média da quantidade de neonatos nos meses de janeiro a abril de 2017 através do teste t para uma amostra. A média de neonatos<sup>1</sup> no Hospital Universitário nesse período foi de 61, com desvio padrão de 11.1 nascimentos. Os demais parâmetros utilizados no cálculo foram: poder do teste  $(1 - \beta)$  de 90%, nível de significância  $(\alpha)$  de 5% e média esperada de nascimentos de 68 neonatos, resultando em uma diferença entre as médias de 6 neonatos. Assim se chegou ao tamanho de 36 neonatos. Após o cálculo

---

<sup>1</sup> Média calculada pelos neonatos que poderiam entrar no estudo através dos critérios de inclusão e exclusão.

do tamanho da amostra a mesma foi dividida nos dois grupos, sendo que ao grupo controle couberam 15 neonatos, e ao grupo intervenção, 18 neonatos.

O *software* utilizado no cálculo foi o Action, com o sistema desenvolvido sob a plataforma R, onde estes são livres.

## 2.5 VARIÁVEIS

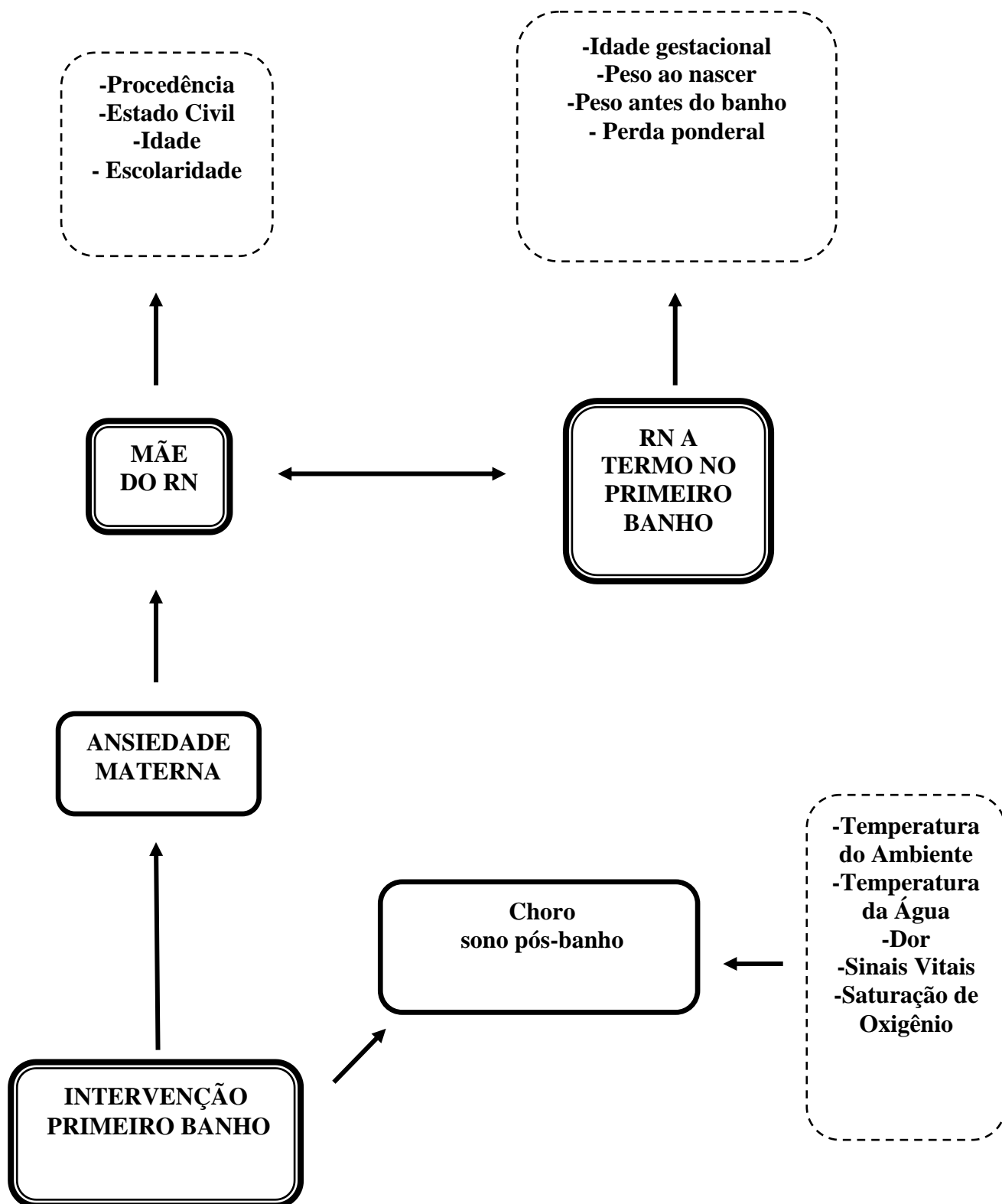
Variáveis dependentes relacionadas ao **RN**: presença de choro e tempo de sono após o banho. Já em relação à **mãe**: ansiedade.

Variável independente: Intervenção-Primeiro Banho.

Variáveis de controle relacionadas ao **RN**: idade gestacional; peso ao nascimento; peso antes do banho; perda ponderal; dor neonatal; saturação; sinais vitais; temperatura do ambiente; temperatura da água; tempo do banho e tempo do cuidado corporal. Aquelas relacionadas à **mãe**: procedência; idade; local e escolaridade.

O modelo teórico da pesquisa é apresentado na Figura 2.

Figura 2. Modelo teórico do Estudo – Relação entre as Variáveis – Fonte a Autora



### 2.5.1 Limitações do estudo

O estudo realizado apresentou limitação quanto ao tamanho da amostra. O que dificultou conhecer o poder de algumas variáveis testadas e que neste estudo não foram estatisticamente significantes.

## 2.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

### 2.6.1 Instrumentos

O Inventário Traço-Estado de Ansiedade (IDATE) (ANEXO B e C) é um dos instrumentos mais utilizados para quantificar componentes subjetivos relacionados com a ansiedade. É composto por duas escalas para medir níveis de ansiedade: Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço.

A State Trait Anxiety Inventory (STAI – ANEXO C) e a escala de ansiedade, foram elaboradas por Spielberger *et al.* (1970), e foram traduzidas e adaptadas para o Brasil por Biaggio e Natalício (1979) com o nome de IDATE (ANEXO B e C).

O Traço de Ansiedade (*Trait Anxiety*) contém 20 afirmações e avalia como normalmente a mulher se sente. É medido pela escala: QUASE SEMPRE = 4, FREQUENTEMENTE = 3, ÀS VEZES = 2, QUASE NUNCA = 1; e o Estado de ansiedade (*State Anxiety*) avalia o estado de ansiedade no momento da entrevista, medido na escala: NÃO = 1, UM POUCO = 2, BASTANTE = 3, TOTALMENTE = 4. Para cada escala, a pontuação mínima alcançada é de 20 pontos e a máxima é de 80 pontos (SPIELBERGER *et al.*, 1970).

Essa escala foi aplicada nas mães do RN, sendo que o Traço de Ansiedade foi aplicado somente uma vez, no primeiro momento, por ser uma característica individual da pessoa e o Estado de ansiedade foi aplicado em dois momentos, antes e após a realização do banho. Ambas foram aplicadas no grupo controle e no grupo intervenção (SPIELBERGER *et al.*, 1970).

Na avaliação física do bebê foi feita com o formulário aprovado pela comissão de processo de enfermagem do Hospital Universitário (APÊNDICE A) em uso na maternidade com as

adaptações aprovadas pela mesma comissão, incluindo, nessa avaliação: a escala de dor NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) e a escala de tempo de sono adaptada de Brazelton (1977).

A Escala de Avaliação do Estado de Sono e Vigília, que foi utilizada para análise do comportamento dos prematuros em relação às fases do sono e vigília, fornece uma pontuação para cada estado de sono ou vigília do RN no instrumento de avaliação do exame físico.

Avaliou-se no RN parâmetros fisiológicos (APÊNDICE B) como FC, FR, Pressão Arterial Média (PAM), saturação de oxigênio (SaO<sub>2</sub>) e temperatura axilar (TAX). Os parâmetros proposto por Wong (2012) foram utilizados como referência. Para verificação das variáveis fisiológicas (PAM, FR, FC e SaO<sub>2</sub> e TAX), utilizamos um monitor da marca Dixtal com adaptador pediátrico e termômetro para aferição da temperatura axilar; todos calibrados e validados pelo serviço permanente e contínuo de engenharia clínica do hospital de ensino. A tabela de sinais vitais antes e após o banho também foi utilizada (APÊNDICE C).

Após a avaliação física, foi aplicada a intervenção de Enfermagem-primeiro banho (APÊNDICE D) o formulário abordando as seguintes etapas: preparo do ambiente, pré-higienização com procedimentos de orientações e higiene antes do banho, massagem para prevenção e alívio de cólicas, e as etapas da intervenção-primeiro banho. Para o grupo controle, que recebeu o banho da equipe de enfermagem do alojamento conjunto, foi utilizado o Procedimento Operacional Padrão (POP), da Unidade Materno Infantil, setor alojamento conjunto (ANEXO A).

## **2.6.2 A descrição da Intervenção de Enfermagem-primeiro banho – IEPB-LIMA – APÊNDICE D**

### **PRIMEIRA PARTE: PRÉ-HIGIENIZAÇÃO**

#### **Pré-Higienização: a) Preparo do ambiente para o banho**

A intervenção-primeiro banho foi realizado beira-leito no setor AC da Unidade Materno Infantil, no turno matutino conforme a rotina do serviço. Para realizar o primeiro banho, utilizou-se o berço de acrílico padrão do hospital, após assepsia com solução de clorexidina e/ou álcool 70%, conforme as orientações vigentes da Comissão de Controle de Infecção



Hospitalar (CCIH). A temperatura da água foi mantida em 38°C, utilizando um termômetro aquático modelo zls-1270, objetivando valores próximos à temperatura corporal (37°C-37,5°C). Entretanto, alguns autores recomendam temperaturas ligeiramente mais baixas, correspondendo à temperatura da pele entre 34°C e 36°C (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

**Pré-Higienização:** b) Preparo do recém-nascido para o banho

O RN foi posicionado para amamentar, caso estivesse com necessidade de nutrição mediante avaliação e após a mamada era posicionado com a cabeceira elevada no leito da mãe para a realização do exame físico neonatal com coleta dos parâmetros biológicos preconizados pela instituição.

Foi realizada a pré-higienização antes do banho, conforme segue.

- **Olhos:** utilizou-se soro fisiológico 0,9% e gaze usando a técnica de higienização do canto externo para o canto interno do olho visando estímulo do ducto lacrimal.
- **Cavidade oral:** higiene com gaze e água filtrada de levemente aplicada em toda a cavidade oral do RN com o objetivo de prevenir candidíase oral em bebês que estiverem com aleitamento materno misto; envolvendo-se a gaze no dedo mínimo e umedecendo-a na água. Higienizou-se a região do palato e das bochechas, bem como a língua (SPSP, 2015).
- **Corte das unhas:** caso haja necessidade fazer o corte para que o RN não se machuque utilizou-se a tesoura do próprio RN. “As unhas dos bebês devem ser mantidas limpas e curtas, para evitar que machuquem a pele” (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).
- **Curativo do Coto Umbilical:** se for observada a presença de sujidade com secreção no coto umbilical, deve ser realizada a pré-higienização com álcool a 70% e gaze de haste de algodão flexível para remoção de sujidades não contaminando a água do banho. A higiene da região umbilical com álcool a 70% é um importante fator de proteção contra infecção e prevenção de onfalite. Imediatamente após a limpeza pode-se observar hiperemia transitória da pele, o que não apresenta risco para o RN (BRASIL, 2014).

O cuidado do cordão é fundamental para evitar infecções, tétano neonatal e óbitos neonatais. Essa limpeza deve começar no nascimento e dias seguintes de vida do RN. As infecções do cordão elevam indicadores de mortalidade infantil, sendo, por isso, essencial a assepsia correta até a queda do coto umbilical (BRASIL, 2014).

Qualquer sangramento e secreção do cordão é anormal e pode ocorrer se o clampeamento estiver frouxo, causando infecção, que exige tratamento imediato (RICCI, 2008). A assepsia do coto umbilical com álcool etílico 70% é necessária devido à sua propriedade bactericida na eliminação de microrganismos presentes no coto e na região periumbilical (MARCONDES, 1991 *apud* LINHARES *et al.*, 2011).

Ressalta-se que o coto precisa ser mantido limpo e seco até a sua queda, e que essa limpeza deve ser feita diariamente, aplicando-se álcool 70%. Alguns costumes usados no passado, como faixa, moedas, borras de café, são contraindicados, pois trazem contaminação ao local, podendo dar início a um processo infeccioso (REIS; CRUZ, 2004; JESUS, 2014).

O cordão umbilical e a pele do recém nascido são colonizados pelas mesmas bactérias encontradas na pele de um adulto. A higiene precária de quem manuseia o recém-nascido ou um atendimento não adequado podem determinar a presença de outras bactérias patogênicas. Portanto a adequada higienização das mãos de quem vai manipular o coto umbilical e fazer higiene íntima na troca das fraldas, são medidas essenciais e benéficas na redução das infecções do coto umbilical (SBP, 2015).

Outra recomendação quanto a soluções antissépticas de uso nos RNs, são a limpeza regular do cordão umbilical com clorexedine, nos primeiros dez dias de vida, até o cordão cair, pode reduzir bastante o risco de infecção do mesmo e também o risco de morte neonatal (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

É importante no exame físico neonatal investigar a presença de secreções na base do coto umbilical ou de eritema da pele ao redor da implantação umbilical. Achados como secreção purulenta na base do coto, com edema e hiperemia da parede abdominal, sobretudo se formar um triângulo na parte superior do umbigo, podem indicar onfalite, infecção de alto risco para o recém-nascido. A higiene da região umbilical com álcool a 70% é um importante fator de proteção contra infecção. Imediatamente após a limpeza pode-se observar hiperemia transitória da pele, o que não apresenta risco para o RN (BRASIL, 2012).

- **Higiene íntima neonatal:** a remoção de fezes em fralda foi feita com o objetivo de prevenção de dermatite de fralda, utilizando-se água e sabão neutro. Orientadas quanto à presença de secreção sanguinolenta em meninas (devido ao excesso de hormônios que recebem na gestação) e cristais de urato caso haja urina alaranjada (SBP, 2015).

As fraldas descartáveis devem ser trocadas rotineiramente, a higiene íntima do bebê pode ser feita com água morna e algodão, sem sabonetes, sendo suficiente para a limpeza na presença de diurese. Para as eliminações intestinais os sabonetes brandos são recomendados. Preparações tópicas para prevenir dermatite da área das fraldas não é recomendado para crianças com pele normal (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

**Pré-Higienização:** c) Massagem abdominal preventiva de acúmulo de gases

A aplicação da massagem melhora o funcionamento do intestino segundo Hoffmann (2015), devido ao estímulo na musculatura lisa, melhorando o peristaltismo que se propaga ao longo do tubo intestinal diminuindo as cólicas (HOFFMANN, 2005).

A massagem abdominal é realizada simultaneamente na troca de fraldas antes do banho para estímulo das eliminações intestinais e prevenção de acúmulo de gases (BERNSMÜLLER, 2012).

Propõe-se neste estudo que a massagem abdominal deve ser realiza em quatro tempos/movimento sendo:

- 1- **Primeiro movimento:** deslizamento circular suave e em seguida profundo. Deslizamento profundo em direção circular ao redor do coto umbilical, em sentido horário, com pressão de maior intensidade ao final da manobra, exatamente abaixo da cicatriz umbilical, no final do intestino grosso, realizando 5 voltas.
- 2- **Segundo movimento:** pinçamento compressivo profundo: Pinçar simultaneamente cólon ascendente e descendente, em movimento de pressionar e soltar 5 vezes.
- 3- **Terceiro Movimento:** flexão simultânea de quadril. Flexionar e pressionar simultaneamente os quadris e os joelhos contra o abdome, em seguida estender os membros inferiores.
- 4- **Quarto movimento:** posicionamento fetal sustentado. Flexionar membros inferiores contra o abdome associado à adução de membros superiores, reproduzindo a posição

fetal, e fazer leves movimentos de um lado para o outro, finalizando a técnica contanto 10 segundos.

O primeiro banho pode ser realizado depois que houver estabilidade térmica e cardiorrespiratória por duas a quatro horas e não antes de 6 horas de vida, sugere-se remover com suavidade as secreções sanguíneas e recomenda-se manter o vernix. O banho de imersão é o mais indicado, com água morna que permite menor perda de calor e oferece mais conforto ao bebê. Imergir o corpo do RN excluindo cabeça e pescoço. O uso de água estéril será indicado se houver quebra da barreira cutânea (SBP, 2015).

**Segunda-Etapa: A descrição da Intervenção de Enfermagem-primeiro banho – IEPB-LIMA- SEGUNDA PARTE (Quadro 1).**

A intervenção-primeiro banho é composta de oito etapas	
<input type="checkbox"/>	Enrolar o bebê mantendo a cabeça para fora (proteger as orelhas com os dedos) - iniciar lavando a cabeça, para enxágue ou mãos (procedimento realizado com o bebê fora da água). A temperatura da água é controlada com termômetro digital infravermelho calibrado pela engenharia clínica do hospital de estudo.
<input type="checkbox"/>	Lavar a face com água pouca quantidade de sabão (fora da água)
<input type="checkbox"/>	Secar a cabeça do bebê e face. Retirar enxugador
<input type="checkbox"/>	Colocar o bebê na banheira (iniciar imersão) na posição de costas (decúbito ventral) com gancho de segurança. Ensaboar toda região com pouca quantidade de sabão, enxaguar. Realizar o ensaboamento com o bebê imerso. Finalizando com nova aferição de temperatura da água com o termômetro digital.
<input type="checkbox"/>	Virar o bebê na posição de frente (decúbito dorsal), mantendo o gancho de segurança. Realizar o ensaboamento com o bebê dentro da água.
<input type="checkbox"/>	Mantendo o bebê com as mãos centradas, promover leves movimentos na água
<input type="checkbox"/>	Retirar o bebê na posição dorsal (enrolando-o)
<input type="checkbox"/>	Manter o RN organizado, prevenção de perda de calor e proceder com o vestuário

Fonte: autora

O uso de sabonetes adequados que não alterem o Potencial Hidrogeniônico (pH) normal da pele deve fazer parte das orientações de higiene infantil. O sabonete ideal deveria ter um pH entre 4,5 e 6,5. Os sabonetes com componentes bactericidas, como o triclosan, apresentam pH de 9-10 e, apesar de excelentes para erradicar o estafilococo e bactérias gram negativas, não devem ser utilizados diariamente pelo risco de irritar e ressecar a pele (SBP, 2015). Entretanto em relação ao sabonete utilizado na intervenção-primeiro banho, neste estudo foi usado o que a família trouxe para a instituição hospitalar.

### **2.6.3 Coletas dos dados**

No primeiro contato junto à mãe no AC, verificou-se o seu interesse em participar da pesquisa, sobre “o primeiro banho da vida do RN”, que envolveu mãe e filho, sendo-lhe explicado e, mediante aceite, foi solicitada a assinatura do TCLE (APÊNDICE E).

Após a assinatura do TCLE, procedeu-se a coleta dos dados utilizando-se os formulários com dados sociodemográficos ( APÊNDICE A ) e os instrumentos IDATE (ANEXOS B e C).

Para a coleta de dados dos grupos controle e intervenção utilizaram-se os mesmos instrumentos para as mães quanto à avaliação da ansiedade, o IDATE (ANEXOS B e C), e para os RNs o instrumento de avaliação de enfermagem segundo protocolo do hospital de ensino (ANEXO A).

O banho dos RNs do grupo controle foi ministrado pela equipe de enfermagem da maternidade e foi analisado conforme o POP do hospital (ANEXO A). Já a intervenção de Enfermagem-primeiro banho dos RNs do grupo intervenção, foi realizado pela pesquisadora e por bolsista capacitada para tal, com base no protocolo do banho intervenção de enfermagem proposto pelo estudo (APÊNDICE D).

Antes e após o banho verificou-se os parâmetros fisiológicos do RN: PAM, FR, FC, SO<sub>2</sub>, TAX, tempo de sono após banho e escala de dor neonatal (APÊNDICE B).

## 2.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística, utilizou-se o programa IBM SPSS-versão 24. Iniciou-se pela caracterização dos dados por meio da frequência observada, porcentagem, medidas de tendência central e de variabilidade. Adotou-se o nível de significância de 5% com intervalo de confiança de 95%.

Para avaliar a associação entre os grupos dos RNs em relação ao choro durante o banho e o tempo de sono, utilizou-se o teste exato de Fisher, e o teste t de *Student* para amostras pareadas. comparou as médias dos escores gerais do estado de ansiedade.

## 2.8 ASPECTOS ÉTICOS

Com base na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do hospital em estudo para avaliação ética com a devida aprovação sob o número 2.192.394 (ANEXO D).

Também com base na mesma resolução, os sujeitos foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo e ao conteúdo do TCLE (APÊNDICE E). Após os esclarecimentos, os que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo, que é constituído de duas vias, sendo que uma delas ficou com o responsável pelo neonato e a outra com a pesquisadora. Manteve-se o anonimato dos participantes da pesquisa. A coleta de dados iniciou-se somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HUCAM.



### 3.1 ARTIGO 1

#### **Efeitos da intervenção de enfermagem-primeiro banho sobre choro e sono neonatal**

Effects of the Nursing Intervention-First Bath over neonatal crying and sleep

#### RESUMO

**Objetivos:** Avaliar os efeitos da intervenção Enfermagem-primeiro banho sobre o choro e o sono do recém-nascido. **Métodos:** Ensaio clínico randomizado controlado realizado no alojamento conjunto do Hospital Universitário do Espírito Santo (Brasil). A amostra constituiu-se de 36 neonatos a termo. O grupo experimental composto por 18 recém-nascidos recebeu a técnica intervenção de enfermagem-primeiro banho. As variáveis foram coletadas por meio de formulário específico após 24 horas de pós-parto, no mínimo. Utilizou-se a Escala de Avaliação do Estado de Sono e Vigília, adaptada de Brazelton, a escala de NIPS para avaliação da dor neonatal e observou-se a presença ou não do choro. **Resultados:** Os recém-nascidos do grupo intervenção do estudo dormiram cerca de 180 minutos, não apresentaram choro durante o experimento, e a avaliação da escala de dor neonatal foi menor. **Conclusão:** A intervenção de enfermagem-primeiro banho pode apresentar melhora no estado comportamental dos recém-nascidos.

**Palavras-chave:** choro, sono, dor, cuidado do lactente, recém-nascido, ensaio clínico.

#### ABSTRACT

**Objectives:** To assess the effects of the Nursing Intervention-First Bath in the crying and sleep of the newborn. **Methods:** This is a controlled randomized clinical trial held at the joint accommodations of the University Hospital of Espírito Santo, Brazil. The sample constitutes of 36 timely newborns. The experimental group was composed of 18 newborns that have received the Nursing Intervention technique-first bath. The variables were collected through specific forms after a minimum of 24 hours after birth. The Sleep and Vigil State Evaluation Scale, and the NIPS scale for neonatal pain were used; and the presence of crying was observed. **Results:** The newborns in the study intervention group slept around 180 minutes, and didn't present any crying during the experiment, while the pain evaluation scale showed lower results for the intervention group. **Conclusion:** The Nursing Intervention-first bath can present improvement in the behavioural state of the newborns.

**Descriptors:** crying, sleep, pain, infant care, newborn, clinical trial



## Introdução

A transição para a vida neonatal é um processo complexo para o feto, que envolve adaptações em todos os sistemas e órgãos. A circulação torna-se de fetal para adulta, as trocas gasosas iniciam-se nos pulmões e o feto passa de um ambiente termicamente estável, o útero, para o ambiente extra-uterino<sup>(1)</sup>.

Logo após o nascimento, o recém-nascido (RN) deve respirar de maneira regular e suficiente para manter a frequência cardíaca (FC) acima de 100 bpm. A FC é avaliada por meio da ausculta do precórdio com estetoscópio e varia, em média, de 120 a 140 bpm. RNs em repouso com frequência cardíaca acima de 160 bpm (taquicardia) devem ser melhor avaliados. Outro parâmetro é a avaliação da frequência respiratória (FR) que, no RN, é de 40 a 60 incursões por minuto (contada em 1 minuto). Frequência acima de 60 caracteriza a taquipneia, que deve ser investigada. A presença de tiragem intercostal supra e infraesternal é anormal, mesmo em RNs prematuros, que devem ser encaminhados para avaliação médica neonatal<sup>(2)</sup>.

Portanto, quando o RN apresenta respiração e pulso regulares, coloração da pele periférica e central rosada e sem alterações viscerais, isso indica a sua estabilidade orgânica, demonstrando que seu subsistema fisiológico está sendo capaz de gerir estímulos internos e externos. Alterações desses sinais podem indicar estresse e estafa do neonato, alterando o seu equilíbrio<sup>(3)</sup>.

O choro constitui um comportamento apresentado pelo RN, na vigência do desconforto, entre outras alterações. Quando totalmente acordado, apresenta choro forte, com manifestação de grande desconforto, e apresenta movimentos corporais vigorosos. A intensidade do choro está diretamente relacionada ao aumento, no RN, da produção de cortisol, da frequência cardíaca, ao maior consumo de energia e à diminuição na saturação de oxigênio<sup>(3)</sup>.

A pele do neonato é um órgão também imaturo, porém já desenvolve funções, como a proteção a agentes nocivos, através do vernix caseoso liberado pelas glândulas sebáceas, formando um filme de lipídio sobre a pele<sup>(4)</sup>.

O banho de imersão em banheira foi inserido nos hospitais nas décadas de 60 a 70 e não era realizado nas primeiras horas de vida<sup>(5)</sup>. A Organização Mundial de Saúde recomenda postergar o banho pelo menos por 6 horas após o nascimento, mantendo o vernix caseoso na pele do bebê. Os profissionais de saúde devem apenas remover possíveis restos de mecônio e sangue, agentes anti-sépticos não devem ser utilizados<sup>(6)</sup>.

Enfermeiras canadenses realizaram ensaio clínico randomizado controlado com objetivo de comparar a estabilidade térmica durante o primeiro banho de recém-nascidos realizados por enfermeiros comparados com banhos realizados pelos pais. A amostra foi de 111 recém-nascidos a termo, que nasceram por via vaginal. O desfecho foi a perda de calor do recém-nascido ocorrida no banho, avaliada pelas mudanças nas temperaturas axilares, que foram tomadas antes, durante e após o banho. Não houve diferença na mudança de temperatura entre os recém-nascidos que tomaram banho dado por um enfermeiro e aqueles que tomaram banho dado por um dos pais. Concluíram que a perda de calor não está associada a quem dá o banho no RN ou onde ocorre o banho<sup>(7)</sup>.

Realizar o banho no recém-nascido compreende também proporcionar uma série de estímulos. Os recém-nascidos podem responder através da mudança do seu estado comportamental aos estímulos externos ou internos. Estes estados refletem a organização interna do bebê e sua capacidade de controlar os estímulos externos<sup>(8)</sup>.

A Escala Neonatal de Avaliação Comportamental define seis estados comportamentais, a saber: (1) sono profundo; (2) sono leve; (3) sonolência; (4) alerta; (5) alerta com atividade; (6) choro, considerando-os como um dos principais tópicos do exame comportamental e como uma matriz para a compreensão das reações dos bebês<sup>(8)</sup>.

Dessa forma, os cuidados que a família vai desenvolver com o RN começam no alojamento conjunto sob as orientações e demonstrações do enfermeiro. Esse sistema possibilita a educação em saúde, empoderando a família para executar cuidados cientificamente eficazes.

O sistema de alojamento conjunto também possibilita ao enfermeiro demonstrar técnicas de higienização do coto umbilical, amamentação eficaz, bem como o primeiro banho da vida do bebê. Porém, o momento do banho representa a maior vulnerabilidade da família. A técnica do banho precisa ser demonstrada individualmente para cada núcleo familiar que se encontra no alojamento conjunto, que deve observar primeiro para executar o próximo banho<sup>(9)</sup>.

No decorrer deste estudo, a instituição de ensino avaliada já havia adotado o primeiro banho da vida após 24 horas de nascimento. Sendo a responsabilidade pela execução do cuidado um membro da equipe de enfermagem seguindo um protocolo interno de atendimento<sup>(6)</sup>.

Nesse contexto, o presente estudo tem o objetivo de avaliar os efeitos da intervenção Enfermagem-primeiro banho no choro e no sono do recém-nascido.

O interesse pela temática surgiu da prática da pesquisadora na área de atenção primária domiciliar na atenção puerperal, na qual, após executar o banho do bebê, as famílias

relatavam, em pesquisa de satisfação, um encantamento pela técnica do banho, visto que os bebês praticamente não apresentavam choro e dormiam tempo significativamente maior. No alojamento conjunto do hospital em estudo, a enfermeira assistencial percebeu a necessidade de proporcionar o conhecimento já adquirido na recepção neonatal de forma mais confortável e estável possível para o bebê.

## **Material e método**

Trata-se de um ensaio clínico randomizado controlado realizado no alojamento conjunto da maternidade do Hospital Cassiano Antônio de Moraes que está localizado no campus universitário de Maruípe, em Vitória, no estado do Espírito Santo, e que cumpre a função de hospital-escola, atuando na formação acadêmica em diferentes áreas da saúde<sup>(10)</sup>.

O grupo intervenção recebeu a intervenção-primeiro banho e o grupo controle recebeu os cuidados preconizados pela instituição, considerado padrão ouro. Calculou-se o tamanho da amostra pela média da quantidade de neonatos nos meses de janeiro a abril de 2017, utilizando-se do teste *t* para amostra. Os demais parâmetros utilizados no cálculo foram: poder do teste ( $1 - \beta$ ) de 90%, nível de significância ( $\alpha$ ) de 5% e média esperada de nascimentos de 68 neonatos resultando em uma diferença entre as médias em 6 neonatos. Assim se chegou ao tamanho de amostra de 36 neonatos. Após o cálculo do tamanho da amostra a mesma foi dividida em dois grupos a saber: grupo controle (15 neonatos) e grupo intervenção (18 neonatos).

O *software* utilizado no cálculo foi Action<sup>TM</sup>, com o sistema desenvolvido sob a plataforma R, onde estes são livres. Incluiu-se no estudo puérperas maiores de 18 anos e neonatos a termo, com idade gestacional igual ou maior a 37 semanas, com boa vitalidade e peso ao nascimento  $\geq 2500\text{g}$ , Apgar  $\geq 8$  no quinto minuto de vida e que não apresentaram intercorrências ao nascer. Excluíram-se da pesquisa puérperas usuárias de drogas ilícitas que poderiam comprometer a entrevista ou a intervenção e RNs prematuros clinicamente instáveis, com alterações de temperatura, contraindicações ao banho de imersão, problemas neurológicos, apresentação de processo infeccioso e crianças com malformações congênitas ou alterações faciais que inviabilizam a aplicação da escala de avaliação NFCS.

A coleta de dados ocorreu no alojamento conjunto da Unidade Materno Infantil do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes com puérperas e neonatos, no período de junho de

2017 a março de 2018, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital sob o número 2.192.394.

A presença de choro e o tempo de sono após o banho do RN foram definidos como variáveis dependentes. A Intervenção-Primeiro Banho foi definida como variável independente. As variáveis de controle relacionadas ao **recém-nascido** foram: idade gestacional; peso ao nascimento; peso antes do banho; perda ponderal; dor neonatal; saturação; sinais vitais; temperatura do ambiente; temperatura da água; tempo do banho; e tempo do cuidado corporal.

Na avaliação física do bebê, utilizou-se o formulário aprovado pela comissão de processo de enfermagem do Hospital Universitário em uso na maternidade com as adaptações aprovadas pela mesma comissão, incluindo a avaliação da escala de dor, de mímica facial neonatal (NIPS) e a escala de tempo de sono.

Avaliaram-se no RN parâmetros fisiológicos, como frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), pressão arterial média (PAM), saturação de oxigênio (SaO<sub>2</sub>) e temperatura corporal (TAX). Os parâmetros utilizados foram os propostos por Wong<sup>(11)</sup>.

Utilizou-se a Escala de Avaliação do Estado de Sono e Vigília, adaptada de Brazelton, para análise do comportamento dos prematuros em relação às fases do sono e vigília. Essa escala fornece uma pontuação para cada estado de sono ou vigília do RN do instrumento de avaliação do exame físico<sup>(12)</sup>.

Para verificação das variáveis fisiológicas (PAM, FR, FC e SaO<sub>2</sub> e temperatura), utilizou-se um monitor da marca Dixtal com adaptador pediátrico. Para os valores fisiológicos foram considerados como parâmetros a proposta de Wong<sup>(11)</sup>.

Seguida da avaliação física do RN e com base no protocolo criado para a intervenção de Enfermagem-primeiro banho, a pesquisadora e a bolsista que foi capacitada realizaram os procedimentos que antecederiam o banho, tais como: preparo do ambiente para o banho; preparo do RN para o banho (amamentar o RN caso ele estivesse com fome); pré-higienização antes do banho (olhos, cavidade oral, corte das unhas, curativo do coto umbilical); higiene íntima neonatal; e massagem abdominal preventiva de acúmulo de gases.

Em seguida, aplicaram as oito etapas da intervenção-primeiro banho nos RNs do grupo intervenção: 1-Enrolar o bebê mantendo a cabeça para fora, iniciar lavando a cabeça, para enxágue ou mãos (procedimento realizado com o bebê fora da água). A temperatura da água é controlada com termômetro digital infravermelho calibrado pela engenharia clínica do hospital de estudo. 2-Proteger as orelhas com os dedos. 3- Lavar a face com água e pequena

quantidade de sabão (fora da água). 4-Secar a cabeça do bebê e face. Retirar enxugador. 5-Colocar o bebê na banheira (iniciar imersão) na posição de costas, com gancho de segurança. Ensaboar toda região com pouca quantidade de sabão e enxaguar. Realizar o ensaboamento com o bebê imerso. Finalizar o procedimento com nova aferição de temperatura da água com o termômetro digital. 6-Manter o bebê com as mãos centradas, promovendo leves movimentos na água. 7-Retirar o bebê na posição dorsal (enrolando-o). 8-Manter o RN organizado, para prevenção de perda de calor e proceder com o vestuário.

Para o grupo controle, o banho foi realizado pela equipe de enfermagem do alojamento conjunto e foi utilizado o Procedimento Operacional Padrão (POP) da Unidade Materno Infantil, setor alojamento conjunto. Em ambos os grupos (controle e intervenção) aplicou-se a escala de estado de ansiedade à mãe, antes e após-banho.

Para a análise estatística, utilizou-se o programa IBM SPSS-versão 24. Iniciou-se pela caracterização dos dados através da frequência observada, porcentagem, medidas de tendência central e de variabilidade. O nível de significância adotado foi de 5% com intervalo de confiança de 95%. O teste exato de Fisher comparou as porcentagens do choro durante o banho e o tempo de sono entre os grupos. O teste t de Student para amostras pareadas comparou as médias dos dados clínicos entre os grupos.

## RESULTADOS

Avaliando o grupo controle *a priori*, é possível perceber que a pontuação média na Escala de NIPS foi maior depois do banho (2,3; DP  $\pm$  1,9), a idade gestacional média de 38,7 meses (DP  $\pm$  1,1 mês), a frequência respiratória foi maior em média depois do banho (54,7 rpm; DP  $\pm$  9,5 rpm), a saturação de oxigênio médio foi maior antes do banho (97,2%, 1,6%), a temperatura axilar média foi maior antes do banho (36,5°; DP  $\pm$  0,5°), a frequência cardíaca média foi maior depois do banho (124,4 bpm; DP  $\pm$  17,9 bpm), a pressão arterial média foi maior depois do banho (62,8 mmHG; DP  $\pm$  9,8 mmHG), o peso médio no nascimento de 3268,3 g (DP  $\pm$  374,9 g), peso médio atual de 3147,2 g (DP  $\pm$  424,7 g), perda ponderada média de 5,8% (DP  $\pm$  1,9%), tempo de banho médio de 8,7 min (DP  $\pm$  2,2 min) e tempo médio de cuidado corporal de 3,3 min (DP  $\pm$  2,5 min).

Já o grupo intervenção obteve pontuação média na Escala de NIPS maior para antes do banho (2,8; DP  $\pm$  1,4), a idade gestacional média de 39,1 meses (DP  $\pm$  1,0 mês), a frequência respiratória foi maior em média antes do banho (58,3 rpm; DP  $\pm$  11,8 rpm), a saturação de oxigênio médio foi maior antes do banho (96,7%, 1,9%), a temperatura axilar média foi maior

antes do banho (36,7°; DP  $\pm$  0,3°), a frequência cardíaca média foi maior antes do banho (128,2 bpm; DP  $\pm$  13,9 bpm), a pressão arterial média foi maior depois do banho (55,0 mmHG; DP  $\pm$  9,9 mmHG), o peso médio no nascimento de 3411,6 g (DP  $\pm$  432,6 g), peso médio atual de 3191,6 g (DP  $\pm$  388,3 g), perda ponderada média de 6,2% (DP  $\pm$  1,9%), tempo de banho médio de 14,7 min (DP  $\pm$  2,7 min) e tempo médio de cuidado corporal de 0,9 min (DP  $\pm$  1,5 min) (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição das variáveis dos recém-nascidos nos grupos controle e intervenção de puérperas em uma maternidade pública de Vitória, ES, 2018.

	Grupos					
	Controle			Intervenção		
	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão
Pontuação na Escala de NIPS /antes	2,0	2,2	1,9	3,0	2,8	1,4
Pontuação na Escala de NIPS /depois	2,0	2,3	1,9	0,0	0,4	0,8
Idade gestacional	39,2	38,7	1,1	39,4	39,1	1,0
Frequência respiratória (rpm) /antes	55,0	52,7	14,3	55,5	58,3	11,8
Frequência respiratória (rpm) /depois	54,0	54,7	9,5	55,5	56,9	9,4
Saturação de oxigênio (%) /antes	97,0	97,2	1,6	97,0	96,7	1,9
Saturação de oxigênio (%) /depois	98,0	97,1	3,0	96,0	95,6	2,4
Temperatura axilar (°C) /antes	36,6	36,5	0,5	36,8	36,7	0,3
Temperatura axilar (°C) /depois	35,8	35,6	0,9	36,6	36,6	0,4
Frequência cardíaca (bpm) /antes	123,0	123,3	12,8	129,0	128,2	13,9
Frequência cardíaca (bpm) /depois	120,0	124,4	17,9	121,5	122,2	14,5
Pressão arterial média (mmHG) /antes	58,5	58,5	11,2	52,0	54,2	10,9
Pressão arterial média (mmHG) /depois	62,5	62,8	9,8	54,5	55,0	9,9
Peso nascimento (g)	3348,0	3268,3	374,9	3452,0	3411,6	432,6
Peso atual (g)	3163,0	3147,2	424,7	3190,0	3191,6	388,3
Perda ponderal (%)	5,3	5,8	1,9	6,0	6,2	1,9

Tempo do banho (min)	9,0	8,7	2,2	15,0	14,7	2,7
Tempo do cuidado corporal (min)	2,0	3,3	2,5	0,0	0,9	1,5

Fonte: Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM)

O grupo controle apresentou maior proporção de RN que choraram durante o banho (93,33%) em relação aos RN do grupo intervenção (55,56%), o tempo de sono de 120 minutos foi o mais observado para os RN do grupo controle (60,00%), enquanto no grupo intervenção foi de 180 minutos (77,78%) (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição do choro durante o banho dos recém-nascidos e o tempo de sono nos grupos controle e de intervenção em uma maternidade pública de Vitória, ES, 2018.

		Grupos				Valor p*
		Controle		Intervenção		
		n	%	n	%	
Choro durante o banho	Não	1	6,67	8	44,44	<b>0,021</b>
	Sim	14	93,33	10	55,56	
Tempo de sono (min)	60	6	40,00	0	0,00	< <b>0,001</b>
	120	9	60,00	4	22,22	
	180	0	0,00	14	77,78	

(\*) Teste exato de Fisher

Fonte: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM)

No grupo controle, apenas a temperatura axilar foi significativa. Já no grupo intervenção, foram significantes a pontuação na Escala de NIPS e a saturação do oxigênio. Assim, a maior temperatura axilar média foi para antes do banho (36,5°; DP  $\pm$  0,5°) no grupo controle e no grupo intervenção houve maior média de pontuação na Escala de NIPS para antes do banho (2,8; DP  $\pm$  1,4) e maior média de saturação de oxigênio antes do banho (96,7%; DP  $\pm$  1,9%). As demais comparações apresentaram médias semelhantes para antes e depois do banho nos dois grupos (Tabela 3).

**TABELA 3:** Comparação das médias dos dados clínicos antes x depois do banho nos grupos controle e intervenção em uma maternidade pública de Vitória, ES, 2018.

	Grupos					
	Controle		Valor p*	Intervenção		Valor p*
	Média	Desvio padrão		Média	Desvio padrão	
Pontuação na Escala de NIPS /antes	2,2	1,9	0,744	2,8	1,4	< <b>0,001</b>
Pontuação na Escala de NIPS /depois	2,3	1,9		0,4	0,8	
Frequência respiratória (rpm) /antes	52,7	14,3	0,655	58,3	11,8	0,614
Frequência respiratória (rpm) /depois	54,7	9,5		56,9	9,4	
Saturação de oxigênio (%) /antes	97,2	1,6	0,878	96,7	1,9	<b>0,012</b>
Saturação de oxigênio (%) /depois	97,1	3,0		95,6	2,4	
Temperatura axilar (°C) /antes	36,5	0,5	<b>0,001</b>	36,7	0,3	0,403
Temperatura axilar (°C) /depois	35,6	0,9		36,6	0,4	
Frequência cardíaca (bpm) /antes	123,3	12,8	0,823	128,2	13,9	0,062
Frequência cardíaca (bpm) /depois	124,4	17,9		122,2	14,5	
Pressão arterial média (mmHG) /antes	58,5	11,2	0,165	54,2	10,9	0,767
Pressão arterial média (mmHG) /depois	62,8	9,8		55,0	9,9	

(\*) Teste *t* de 'Student' para amostras pareadas

Fonte: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM)

## DISCUSSÃO

O RN inicia um novo processo de adaptação, que difere da condição anterior da vida intrauterina, apresentando as alterações de comportamento que podem ser expressas de diversas formas, incluindo agitação, choro, rigidez muscular, flexão de membros, expressão facial, gemido e estado de sono e vigília. Associadas a esses achados, são frequentes as alterações fisiológicas, como: alterações na frequência cardíaca e respiratória, com alterações



na saturação de oxigênio e diminuição da motilidade gástrica, sendo a dor o principal causador dessas alterações<sup>(2)</sup>.

Os RN, submetidos ao banho em estudo que avaliou os efeitos da intervenção Enfermagem-primeiro banho no choro e no sono do recém-nascido, observou-se que, os RN choraram menos, ou seja apresentaram um comportamento de conforto, já que o choro denuncia desconforto; um período de sono, mais longo, e apresentaram mediante a escala de avaliação de NIPS, menos sinal de dor. Essas variáveis são importante na avaliação comportamental do RN. O sono, constitui um fator de equilíbrio de recuperação de energia, e a presença do desconforto da dor, constituiu um estressor e demanda alterações fisiológicas nocivas ao RN. Essas variáveis apresentaram evidências que os RN, que receberam o banho apresentaram-se mais estáveis, experimentaram mais conforto, em relação aqueles RN do grupo controle. Visto que, esses dados foram estatisticamente significantes  $p < 0,5$ .

Um dos procedimentos mais eficazes para alívio da dor neonatal é a diminuição da estimulação tátil, ou seja, evitar luminosidade, barulho e manuseio excessivo, facilitando a vigília e o sono e conservando a energia do bebê<sup>(2)</sup>. Estudo relata que a dor é considerada o quinto sinal vital, podendo ser transmitida pelos receptores periféricos até o córtex a partir da 16ª semana de gestação e alcançando o completo desenvolvimento após a 26ª semana, atuando, assim, como fator de risco para o estresse neonatal e familiar<sup>(13)</sup>.

Nesse contexto, torna-se importante a avaliação dos cuidados de enfermagem executados com o RN ao nascimento, que podem vir a desencadear fatores estressantes para a adaptação extrauterina. Dessa forma, a enfermagem deve entender a dor como um sinal vital que pode ser mensurado por meio de uma escala validada, como a Escala de Dor em Neonatos e a Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), que avalia parâmetros comportamentais e fisiológicos, escala que contempla a avaliação de expressão facial, choro, respiração, braços, pernas e estado de alerta do RN com dor<sup>(13)</sup>.

Logo após o nascimento, o RN deve respirar de maneira regular e suficiente para manter a frequência cardíaca (FC) acima de 100 bpm. A FC é avaliada por meio da ausculta do precórdio com estetoscópio. A frequência cardíaca varia, em média, de 120 a 140 bpm. RNs em repouso com frequência cardíaca acima de 160 bpm (taquicardia) devem ser mais bem avaliados. Outro parâmetro é a avaliação da frequência respiratória (FR) que no RN é de 40 a 60 incursões por minuto (contada em 1 minuto). A frequência acima de 60 caracteriza a taquipneia, que deve ser investigada. A presença de tiragem intercostal supra e infraesternal é anormal, mesmo em RNs prematuros<sup>(2)</sup>.

A Organização Mundial de Saúde define como normotermia a temperatura do neonato de 36,5 a 37° C e classifica a hipotermia de acordo com a gravidade: hipotermia leve (potencial estresse do frio) aquela em que a temperatura varia de 36 a 36,4°C. Neste estudo, observou-se que a temperatura axilar foi mantida como preconizada pela OMS. Prevenindo assim a hipotermia do neonato<sup>(6)</sup>.

O recém-nascido exposto ao frio pode desenvolver problemas fisiológicos e metabólicos. Devido ao aumento do consumo de oxigênio, à vasoconstrição pulmonar e periférica, que resulta em diminuição na captação pulmonar de oxigênio e no aporte de oxigênio aos tecidos, a glicólise anaeróbica, por sua vez, aumenta, aumentando assim a frequência respiratória do RN. A hipotermia ou hipertermia podem levar a alterações graves nos sinais vitais, predispondo o RN à hipóxia<sup>(14)</sup>.

Durante a coleta de dados, observou-se não haver rotina para aferição de temperatura dos bebês a termo no alojamento conjunto, exceto aqueles submetidos ao tratamento de fototerapia. Acredita-se que o estudo possa contribuir para solucionar uma problemática de grande relevância para as intervenções de enfermagem no alojamento conjunto e para as famílias de recém-nascidos que é a prevenção a hipotermia neonatal.

Na Califórnia, Estados Unidos, uma enfermeira realizou um estudo de revisão da literatura sobre o banho de recém-nascidos no qual identificou seis estudos de coorte, sendo cinco deles comparando o banho de imersão versus banho com esponja e, como principais resultados estatisticamente significantes comuns aos estudos encontrou: que os RN choraram menos com banho (banheira)  $p < 0,001$ ; mães tiveram maior satisfação com banho de banheira ( $p = 0,00$ ); bebês submetidos ao banho banheira tiveram menor perda de temperatura ( $p = 0,00$ )<sup>(15)</sup>.

Devido à sua imaturidade fisiológica e morfológica, o recém-nascido necessita de um cuidado integral voltado para as suas particularidades de adaptações extra-uterinas. Com isso, a proposta de minimizar o estresse do primeiro banho da vida como uma intervenção de enfermagem para proporcionar melhor resposta adaptativa, que por sua vez causa melhor organização de seu padrão de sono, minimizando a dor com a interação com o meio e aumentando a vinculação com a família.

## CONCLUSÃO

O primeiro banho do recém-nascido deve ser realizado com no mínimo seis horas após o parto sem intercorrências e com bebê com boa vitalidade e bons parâmetros fisiológicos. Na

instituição estudada, o banho é preconizado para o bebê a termo com boa vitalidade ao nascer 24 horas ou mais após o nascimento no sistema alojamento conjunto. O banho deve ser realizado com o binômio e acompanhante no sistema alojamento conjunto através da demonstração do procedimento pela enfermeira obstetra assistencial, educando a família para o cuidado neonatal.

A temperatura da água e do neonato deve ser monitorada durante o procedimento bem como a temperatura do ambiente que não deve estar abaixo de 26°C. Os recém-nascidos do grupo intervenção do estudo dormiram cerca de 180 minutos, apresentando também menor presença de choro, deixando assim a mãe mais segura nesse período puerperal durante a realização desse cuidado diário. A escala de avaliação da dor neonatal foi menor no grupo intervenção.

Recomenda-se que o banho no alojamento conjunto seja um evento em que a mãe seja a protagonista do processo juntamente com a sua rede de cuidado e que o recém-nascido seja monitorado para que a adaptação a vida extra-uterina cause menos estresse ao neonato recém-chegado. A escala de dor de NIPS pode ser utilizada como protocolo do serviço, pois demonstra alteração comportamental do RN a termo, não há escala no serviço adotada para avaliar a dor neonatal. As instituições precisam avançar nas intervenções efetivas e não iatrogênicas ao neonato a termo, diminuindo, dessa forma, os estímulos táteis e causando maior bem-estar.

## Referências

1. Schneider SA. Repercussões do primeiro banho na pele do recém-nascido: uma revisão integrativa. Trabalho de conclusão de curso. [cited on: 20 May 2016] Porto Alegre 2015. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/135520>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. 2014. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru : manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
4. Carvalho VO et al. Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido. [cited on: 4 May 2018]. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2015. Available from: [http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf)
5. Cunha AL. Práticas culturais do primeiro banho do recém-nascido em alojamento conjunto: contribuições da enfermagem neonatal. 2013. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery.

6. World Health Organization. 2006. Pregnancy, Childbirth, Postpartum And Newborn Care: A guide for essential practice. 2. ed.
7. Medves JM, O'Brien B. The effect of bather and location of first bath on maintaining thermal stability in newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004 Mar-Apr;33(2):175-82.
8. Brazelton TB. Neonatal Behavioral Assessment Scale. London, Willian Heinemann Medical Books, 1973.
9. Silva CMS et al. Sentimentos vivenciados por puérperas na realização do primeiro banho do recém nascido no alojamento conjunto. *O Mundo da Saúde*, 2015; 39(3):279-86.
10. Universidade Federal do Espírito Santo. 2013. Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam). [cited on: 20 Mar 2018] Available from: <http://www.ufes.br/hospital-universitario-cassiano-antonio-moraes-hucam>.
11. Wong W. Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 2012. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogans.
12. Brazelton TB et al. The behaviour of nutritionally deprived guatemalan infants. *Dev. Med Child Neurol* 1977; 9:364-72.
13. Santos GC et al. Intervenção de enfermagem no controle da dor em neonato: eficácia de ações não farmacológicas. *Revista de Enfermagem, UFPE on line*, 2015; 9(8):8784-91. DOI: 10.5205/reuol.7696-67533-1-SP-1.0908201504.
14. Rolim KMC. Cuidado quanto à regulação do recém-nascido prematuro: O olhar da enfermeira. *Rev. RENE*. 2010; 1(2) DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v1i1i2.4521>
15. Lund C. Bathing and Beyond: Current Bathing Controversies for Newborn Infants. *Adv Neonatal Care*. 2016 Oct;16 Suppl 5S:S13-S20.

### 3.2 PROPOSTA DE ARTIGO 2

#### **EFEITOS DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM-PRIMEIRO BANHO DO RECÉM-NASCIDO NA ANSIEDADE MATERNA**

##### RESUMO

**OBJETIVOS:** Avaliar os efeitos da intervenção enfermagem-primeiro banho do recém-nascido na ansiedade materna. **MÉTODOS:** Trata-se de ensaio clínico randomizado controlado realizado no alojamento conjunto do Hospital Universitário do Espírito Santo (Brasil). A amostra constituiu-se de 33 binômios com neonatos a termo. O grupo experimental composto por 18 binômios recebeu a técnica intervenção de enfermagem-primeiro banho do recém-nascido. As variáveis foram coletadas pela técnica de entrevista com registro em formulário específico 24 horas após o parto. Utilizou-se o Inventário de Traço e Estado de Ansiedade para ambos os grupos de mães. **RESULTADOS:** Este estudo mostrou que a intervenção de enfermagem-primeiro banho da vida do recém-nascido, quando aplicada, diminuiu o estado de ansiedade materna no grupo intervenção ( $p < 0,05$ ). **CONCLUSÃO:** A intervenção de enfermagem-primeiro banho do recém-nascido diminui a ansiedade materna tornando-se uma estratégia não farmacológica que pode ser aplicada pelo enfermeiro para melhor adaptação do binômio nessa nova fase.

**Palavras-chave:** cuidado do lactente, recém-nascido, puérpera, ansiedade, alojamento conjunto, ensaio clínico.

##### ABSTRACT

**OBJECTIVES:** To evaluate the effects of the Nursing Intervention-First Bath of the newborn over the mother's anxiety. **METHODS:** This is a controlled randomized clinical trial held at the joint accommodation of the University Hospital of Espirito Santo (Brazil). The sample constituted of 33 binomials with timely newborns. The experimental group was composed of 18 binomials, and received the technical Nursing Intervention-First Bath of the newborn. The variables were collected by the technique of interview registered in specific forms, 24 hours after the birth. The State Trace Anxiety Inventory was used for both groups of mothers. **RESULTS:** This study showed that the Nursing Intervention-first bath in the life of the newborn, when applied, diminishes the maternal anxiety state in the intervention group ( $p < 0.05$ ). **CONCLUSION:** The

Nursing Intervention-First Bath of the newborn diminishes the maternal anxiety, becoming a non-pharmacological strategy that can be applied by the nurse for a better adaptation of the binomial in this new stage.

**Descriptors:** Infant Care, Newborn, Postpartum Period, Anxiety, Rooming-in Care, Clinical Trial

## INTRODUÇÃO

As transformações que a gestação traz para a vida das mulheres estão relacionadas com as modificações do corpo, da organização de vida e de como os outros a enxergam. Essas transformações causam ansiedade que não pode ser desconsideradas pela equipe de assistência em saúde. A escuta qualificada e atenta poderá abrir espaços para que as ansiedades sejam nomeadas e explicitadas, transformando em palavras os sentimentos que parecem tão confusos <sup>1</sup>.

A ansiedade é um dos sinais e sintomas do estresse, sendo seu aspecto uma resposta fisiológica natural, causando sintomas de taquicardia, sentimento de medo, de desastre eminente, tensão e inquietação, além de doenças como: síndrome do pânico, fobias, transtornos obsessivo-compulsivos, ansiedade generalizada, entre outras <sup>2</sup>.

Abordando o estresse no cenário da saúde da mulher na gestação, estudos relatam que, quanto maior o nível de ansiedade durante a gestação, maior será a probabilidade do surgimento de depressão puerperal. Observou-se que mulheres grávidas que planejaram sua gestação não apresentaram esse transtorno mental. Já as que não planejaram o apresentaram, sendo o apoio social, seja familiar ou alguém significativo para a mulher, importante para a redução dos sintomas depressivos <sup>3</sup>.

O puerpério corresponde a uma fase em que a mulher passa por mudanças biológicas, subjetivas, sociais e familiares. Aumentando, dessa forma, os fatores de risco para o aparecimento de sofrimento psíquico devido às preocupações e aos anseios sentidos pela puérpera. A gravidez e o parto são eventos estressantes para a mulher e para a sua família, podendo ser desencadeantes de sofrimento mental, especialmente se vierem acompanhados de acontecimentos adversos <sup>4</sup>.

As formas de sofrimento mental podem ser mais brandas ou mais graves, dependendo de uma série de fatores, como o contexto socioeconômico, o suporte familiar e a história de cada mulher. Os sofrimentos psíquicos que podem ocorrer com as puérperas são: tristeza puerperal

(também chamada de *baby blues* ou *maternity blues*), depressão puerperal (depressão pós-parto) e o transtorno psicótico puerperal. Os sintomas dessas alterações psíquicas iniciam com a ansiedade <sup>5</sup>.

É necessário um ambiente adequado para que ocorra o desenvolvimento emocional e físico do recém-nascido. Entretanto, crises podem ocorrer no período puerperal devido às grandes modificações físicas e psicológicas que acompanham as mulheres. A literatura indica diversas mudanças que surgem com a chegada do bebê, principalmente porque a identidade feminina é modificada. Tal reorganização é importante para que a mulher possa alterar seus investimentos emocionais, seu tempo, sua energia e suas atividades rotineiras depois do parto.

Durante a vida intrauterina, o feto encontra-se num ambiente agradável, cercado de proteção, de sons agradáveis e de luminosidade e temperatura constantes. Sendo assim, o momento de transição para o período neonatal torna-se altamente vulnerável para o neonato, que está completando muitos dos ajustes fisiológicos essenciais à existência extrauterina. Sabe-se que os recém-nascidos apresentam imaturidade morfológica e funcional. O seu desenvolvimento constitui um processo contínuo de adaptação entre o sistema interno, que compreende a organização fisiológica e comportamental do bebê, e o sistema externo, incluindo vários aspectos do ambiente físico e daqueles que cuidam do neonato <sup>6</sup>.

O recém-nascido inicia um novo processo de adaptação, que difere da condição anterior da vida intrauterina, apresentando as alterações de comportamento que podem ser expressas de diversas formas, incluindo agitação, choro, rigidez muscular, flexão de membros, expressão facial, gemido e alterações do estado de sono e vigília. Associadas a esses achados, eles também podem apresentar alterações fisiológicas, tais como: alterações na frequência cardíaca e respiratória, com alterações na saturação de oxigênio e diminuição da motilidade gástrica, sendo a dor o principal causador dessas alterações <sup>5</sup>.

O primeiro banho do recém-nascido constitui o momento de maior vulnerabilidade para a família, sendo a oportunidade na qual a equipe de enfermagem deve proporcionar a demonstração de técnicas de higiene de forma que não causem estímulos dolorosos para o bebê, proporcionando segurança e bem-estar no desenvolvimento da técnica e o fortalecimento do vínculo familiar. Além disso, durante o banho, pode-se realizar o exame físico para avaliar as condições físicas e motoras do recém-nascido <sup>7</sup>.

Observa-se que, no puerpério, a mulher pode estar ansiosa, e estudos nessa área são de extrema importância para que se possa conhecer e facilitar as intervenções da enfermagem,

bem como dos demais membros da equipe à puérpera e seu recém-nascido. Diante dessas questões, este estudo tem como objetivo avaliar os efeitos da intervenção-primeiro banho do recém-nascido nos níveis de ansiedade materna.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um ensaio clínico randomizado controlado realizado em uma maternidade de um hospital universitário localizado na cidade Vitória no Estado do Espírito Santo, Brasil. Foram considerados sujeitos da pesquisa o binômio mãe e filho internados na maternidade, selecionados de forma aleatória, para ambos os grupos controle e intervenção. O cálculo do tamanho da amostra se deu pela média da quantidade de neonatos nos meses de janeiro a abril de 2017 através do teste t para uma amostra. A média de neonatos no Hospital Universitário nesse período foi de 61 com desvio padrão de 11.1 nascimentos. Essa média foi calculada pelos neonatos que poderiam entrar no estudo através dos critérios de inclusão e exclusão. Os demais parâmetros utilizados no cálculo foram: poder do teste ( $1 - \beta$ ) de 90%, nível de significância ( $\alpha$ ) de 5% e média esperada de nascimentos de 68 neonatos resultando em uma diferença entre as médias em 6 neonatos. Assim se chegou ao tamanho de 36 neonatos. Após o cálculo do tamanho da amostra a mesma foi dividida em dois grupos, a saber: grupo controle (15 neonatos) e grupo intervenção (18 neonatos). O *software* utilizado no cálculo foi o Action com o sistema desenvolvido sob a plataforma R onde estes são livres.

Como critérios para inclusão no estudo, consideramos: neonatos a termo, com idade gestacional igual ou maior a 37 semanas, mantendo boa vitalidade e peso de nascimento  $\geq 2500\text{g}$ , boletim de Apgar  $\geq 8$  no quinto minuto de vida e a que não apresentaram de intercorrências ao nascer e estavam com 24 horas de vida. Já as puérperas eram maiores de 18 anos.

Os critérios de exclusão foram: bebês prematuros e recém-nascido clinicamente instáveis, com alterações de temperatura, contraindicações ao banho de imersão, problemas neurológicos, apresentação de processo infeccioso e crianças com malformações congênitas e usuárias de drogas lícitas ou ilícitas.

Foram estabelecidos dois grupos, intervenção e controle. O grupo controle foi a referência de comparação com o grupo intervenção que recebeu a influência da intervenção proposta pelo estudo. A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2017 a março de 2018, sendo



iniciada somente após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital, sob o número 2.192.394.

A ansiedade materna foi definida como variável dependente. A intervenção-primeiro banho foi definida como variável independente. Variáveis de controle relacionadas ao **recém-nascido**: idade gestacional; peso ao nascimento; peso antes do banho; perda ponderal; dor neonatal; saturação; sinais vitais; temperatura do ambiente; temperatura da água; tempo do banho e tempo do cuidado corporal. As variáveis de controle relacionadas à **mãe**: idade; procedência; estado civil e escolaridade.

No primeiro contato com a mãe no alojamento conjunto, verificou-se o seu interesse em participar da pesquisa sobre a intervenção-primeiro banho da vida do recém-nascido, que envolveu mãe e filho, sendo-lhe explicado e mediante aceite foi solicitado assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a assinatura do TCLE, procedeu-se a coleta dos dados utilizando-se os formulários com dados sociodemográficos e os instrumentos Traço de Ansiedade/*Trait Anxiety* e Estado de Ansiedade/*State Anxiety*. Para a coleta de dados do grupo controle e intervenção utilizou-se os mesmos instrumentos para as mães quanto a avaliação da ansiedade, o IDATE.

O banho dos recém-nascidos do grupo controle foi ministrado pela equipe de enfermagem da maternidade e foi analisado conforme o Procedimento Operacional Padrão (POP) do hospital. Já os banhos dos recém-nascidos do grupo intervenção foram realizados pela pesquisadora e por bolsista capacitada para tal, com base no protocolo da intervenção-primeiro banho proposto pelo estudo. Algumas etapas, como o preparo do ambiente para o banho; o preparo do recém-nascido para o banho (amamentar o recém-nascido caso ele estivesse com fome); realizou-se a pré-higienização antes do banho (olhos, cavidade oral, corte das unhas, curativo do coto umbilical); realizou-se higiene íntima neonatal e massagem abdominal preventiva de acúmulo de gases. -Enrolar o bebê mantendo a cabeça para fora - iniciar lavando a cabeça, para enxague ou mãos (procedimento realizado com o bebê fora da água). A temperatura da água é controlada com termômetro digital infravermelho calibrado pela engenharia clínica do hospital de estudo. - Proteger as orelhas com os dedos. - Lavar a face com água pouca quantidade de sabão (fora da água).- Secar a cabeça do bebê e face. Retirar enxugador. - Colocar o bebê na banheira (iniciar imersão) na posição de costas, com gancho de segurança. Ensaboar toda região com pouca quantidade de sabão, enxaguar. Realizar o ensaboamento com o bebê imerso. Finalizando com nova aferição de temperatura da água com o termômetro digital. - Mantendo o bebê com as mãos centradas, promover leves movimentos na água. -

Retirar o bebê na posição dorsal (enrolando-o). - Manter o recém-nascido organizado, prevenção de perda de calor e proceder com o vestuário. Cabe ressaltar que, após o banho, para ambos os grupos (controle e intervenção) aplicou-se a escala de estado de ansiedade.

O programa utilizado foi o IBM SPSS-versão 24. A análise estatística foi iniciada pela caracterização dos dados através de frequência observada, porcentagem, medidas de tendência central e de variabilidade. O nível de significância adotado foi de 5% com intervalo de confiança de 95%. O teste t de Student para amostras independentes e pareadas comparou as médias dos escores gerais do estado de ansiedade.

Para se evitar o efeito Hawthorne, ou seja, para que não houvesse contaminação das puérperas do grupo controle com o grupo intervenção, adotou-se a seguinte medida. Após a aleatorização, as puérperas eram admitidas em enfermarias distintas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número 2.192.394.

## RESULTADOS

Em relação à caracterização da população em estudo do grupo controle, observa-se que as provenientes do município de Vitória corresponderam a 60.00%, 46.67% das mães eram casadas e 40.00% eram solteiras, 66.67% destas tinham o ensino médio. Para o grupo intervenção se observou que 61.11% eram do município de Vitória, 44.44% eram solteiras e 66.67% tinham o ensino médio (**Tabela 1**).

Tabela 1: Caracterização do município, estado civil e escolaridade de puérperas em uma maternidade pública de Vitória, ES, 2018.

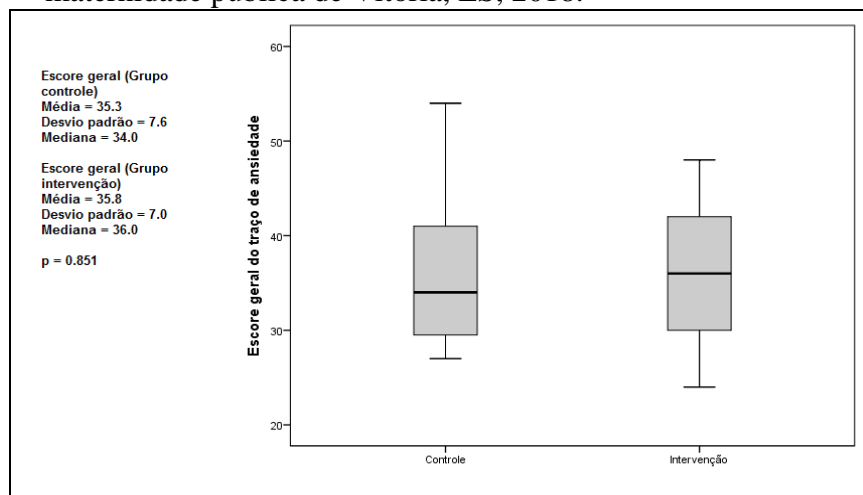
		Grupos			
		Controle		Intervenção	
		n	%	n	%
Procedência	Cariacica	2	13,33	2	11,11
	Ibatiba	0	0,00	1	5,56
	Serra	0	0,00	4	22,22
	Vila Velha	1	6,67	0	0,00
	Vitória	9	60,00	11	61,11
	Não soube informar	3	20,00	0	0,00
Estado civil	Casada	7	46,67	5	27,78
	Solteira	6	40,00	8	44,44
	União Estável	2	13,33	5	27,78
<u>Escolaridade</u>	Ensino Fundamental	2	13,33	3	16,67

Ensino Médio	10	66,67	12	66,67
Ensino Superior	2	13,33	0	0,00
Não soube informar	1	6,67	3	16,67

Fonte: Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM)

O escore geral do traço de ansiedade do grupo controle mediano foi de 34,0, médio de 35,3 com desvio padrão de 7,6, já o grupo intervenção obteve mediana de 36,0, médio de 35,8 e desvio padrão de 7,0. Não houve diferença média do traço entre os grupos (**Figura 1**).

Figura 1: Traço de Ansiedade de puérperas em uma maternidade pública de Vitória, ES, 2018.



A comparação dos níveis de ansiedade de puérpera do grupo controle antes e após o banho é apresentada a seguir. A média do nível de ansiedade antes do banho foi de 32,0, mediana 31,0 com desvio padrão de 7,1 e após o banho de rotina do hospital realizado pela equipe de enfermagem média de 29,1, mediana de 28,0 e desvio padrão de 4,4, com predomínio de nível baixo de ansiedade em ambos os momentos, sem diferença significativa entre os dois momentos ( $p = 0,051$ ).

Os níveis de ansiedade das puérperas do grupo intervenção antes do banho obtiveram média de 29,3, mediana 28,0 com desvio padrão de 6,9 e após a intervenção-primeiro banho realizado pela pesquisadora observa-se média de 25,8, mediana de 24,5 e desvio padrão de 5,6, com predomínio de nível baixo de ansiedade em ambos os momentos, sem diferença significativa entre os dois momentos ( $p = 0,009$ ) (**Figura 2**).

Houve diferença significativa entre os escores gerais do inventário de estado de ansiedade para o grupo intervenção, portanto o escore de ansiedade médio antes do banho no recém-nascido (29,3; DP  $\pm$  6,9) foi maior que o escore de ansiedade médio depois do banho no recém-nascido (25,8; DP  $\pm$  5,6). Os escores médios do grupo controle foram considerados semelhantes entre os banhos (**Tabela 2**).

**Figura 1:** Comparação dos níveis do estado de ansiedade de puérperas, dos grupos controle e intervenção antes do primeiro e após o banho de rotina do recém-nascido em uma maternidade pública de Vitória, ES, 2018.

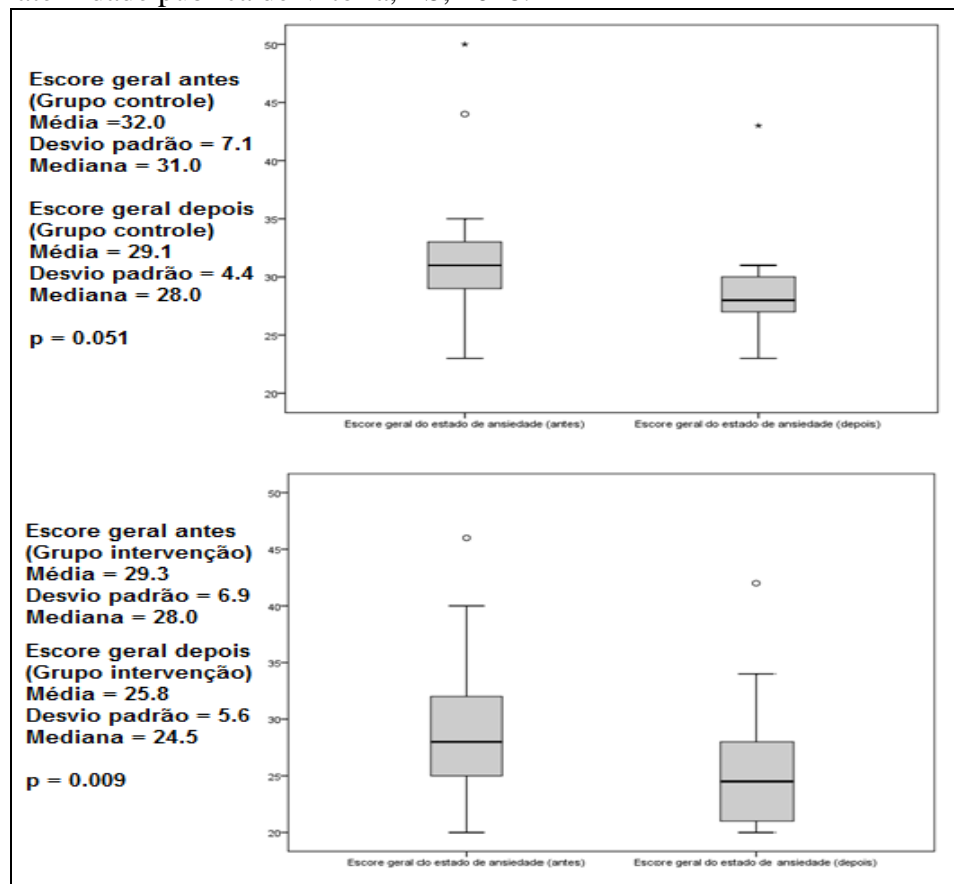


Tabela 2: Comparação entre os escores gerais do Inventário do estado de ansiedade antes e depois do banho nos recém-nascidos.

	Controle			Intervenção		
	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão
Escore geral do estado de ansiedade (antes)	31,0	32,0	7,1	28,0	29,3	6,9
Escore geral do estado de ansiedade (depois)	28,0	29,1	4,4	24,5	25,8	5,6
Valor p*		0,051			<b>0,009</b>	

(\*) Teste *t* de 'Student' para amostras pareadas

Fonte: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM)

## DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que a intervenção-primeiro banho da vida do recém-nascido, quando aplicada, diminuiu o estado de ansiedade materna no grupo intervenção ( $p < 0,05$ ).

O Ministério da Saúde criou e coordena programas de atenção ao parto e ações direcionadas à atenção integral e humanizada à saúde materna e neonatal, que incentiva o uso de mecanismos para diminuir a dor no decorrer do parto natural e proporcionar condições de tolerância à dor e ao desconforto <sup>1</sup>.

O puerpério é identificado como um dos períodos de maior risco para o surgimento ou piora de distúrbios ansiosos, que nesta fase apresentam características particulares e causam problemas específicos. Admite-se que os distúrbios ansiosos sejam mais frequentes que os quadros depressivos e que, apesar de a associação entre ansiedade e depressão ser comum, nem todos pacientes ansiosos são deprimidos. No puerpério, as prevalências de ansiedade, segundo diferentes instrumentos de autoavaliação, variam de 4,9 a 16,8% <sup>4-7</sup>. Existem evidências de que a ansiedade materna tem efeito negativo sobre a galactopoesia e sobre a qualidade do vínculo mãe-bebê, justificando a adoção de medidas terapêuticas e preventivas. A estratégia de banho humanizado envolvendo a família nesse processo de cuidar pode minimizar esse efeito <sup>8</sup>.

Estar ansioso é diferente de ser ansioso. Assim, pode-se dividir ansiedade em estado e traço de ansiedade. O estado de ansiedade pode ser compreendido como uma atividade emocional transitória, de acordo com as condições momentâneas vivenciadas pela pessoa. Podem-se apontar sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos, que variam de intensidade <sup>9</sup>.

O traço de ansiedade é como a pessoa costuma reagir frente às situações de estresse do cotidiano e que são percebidas como ameaçadoras, sendo que o traço de ansiedade é estável, variando de acordo com cada indivíduo. No geral, os níveis do traço de ansiedade são diretamente proporcionais aos níveis do estado de ansiedade, pois as pessoas que possuem elevados níveis do traço tendem a reagir com maior frequência às situações como se elas fossem ameaçadoras ou perigosas, elevando os níveis do estado de ansiedade <sup>10</sup>.

Considerado uma fase de alterações emocionais e físicas, o puerpério é vivenciado por cada mulher de forma diferenciada. Com essas alterações, a mulher pode sentir medo, dúvidas, angústias e se sentir incapaz de cuidar do novo ser que acaba de chegar e ainda lidar com as demandas pessoais que já executava antes da gestação <sup>11</sup>.

O enfermeiro, na consulta de enfermagem, deve escutar as demandas da mulher no período puerperal, transmitindo, nesse momento, o apoio e a confiança profissional, imprescindíveis para que a mulher se empodere e possa conduzir sua maternidade com mais autonomia e segurança no cuidar <sup>11</sup>.

As práticas educativas no período puerperal são estratégias importantes para a diminuição da exposição de recém-nascidos a riscos evitáveis de adoecimento, pois o período puerperal compreende um momento de grande concentração de riscos biológicos, ambientais, sociais e culturais, sendo necessária uma atuação oportuna, qualificada e integral por parte dos profissionais de saúde, garantindo uma assistência baseada em evidência científica e levando à proteção da saúde do binômio mãe e filho <sup>12</sup>.

Outra proposta para a prática educativa no cuidado do recém-nascido deve iniciar no período pré-natal, quando mais informações podem ser fornecidas nas seis consultas a que a mulher tem direito. O enfermeiro da assistência puerperal deve dar continuidade a essas informações com demonstrações da prática nos primeiros cuidados <sup>12</sup>.

Em pesquisa desenvolvida nessa mesma instituição, que é referência para gestação de alto risco, comprovou-se que o relaxamento, como intervenção de enfermagem, é uma importante tecnologia de saúde para auxiliar as mulheres grávidas a diminuir os sintomas de depressão. Isso demonstra uma prática simples que as enfermeiras podem executar durante a hospitalização, fortalecendo o vínculo enfermeiro-paciente e contribuindo para a qualidade dos cuidados. Profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, desempenham importante papel no reconhecimento da diversidade e da intensidade das necessidades das mulheres com gravidez de alto risco que buscam cuidados integrais e a prevenção de complicações maternas e fetais <sup>13</sup>.

## CONCLUSÃO

A gravidez, o parto e o puerpério são considerados momento de grande vulnerabilidade para as mulheres que podem apresentar sofrimento psíquico. A intervenção de enfermagem-primeiro banho pode diminuir a ansiedade materna no grupo experimental onde houve diferença significativa entre os escores gerais do inventário de estado de ansiedade.

Este estudo possibilitou a elaboração do folder educativo ilustrando a intervenção-primeiro banho do recém-nascido, dessa forma organizando os cuidados em tópicos para que a família

desenvolva o banho em domicílio com mais segurança, possibilitando maior visibilidade ao trabalho do enfermeiro na equipe multiprofissional da Unidade Materno Infantil do estudo.

A prática educativa do enfermeiro quanto ao cuidado neonatal deve iniciar no pré-natal, durante as consultas preconizadas, ampliando-se através de demonstrações práticas no alojamento conjunto, oferecendo à mãe e aos familiares mais segurança para o desenvolvimento dos cuidados em domicílio.

As intervenções não invasivas para o alívio da dor podem ser mediadas com a intervenção-primeiro banho, que podem vir a somar a uma gama de cuidados que objetivem a diminuição das demandas estressoras vivenciados pelo recém-nascido e pela puérpera nos primeiros dias de vida, melhorando assim a adaptação do binômio a nessa nova fase de vida.

Recomenda-se que os enfermeiros que atuem na assistência nas maternidades atentem-se para o estado emocional em que a puérpera se encontre no momento da educação em saúde para a higienização do recém-nascido, colocando-a como protagonista do processo de cuidar.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, 2012 (32)
2. Prado JM, Kurebayashi LFS, Silva MJ. Eficácia da auriculoterapia na redução de ansiedade em estudantes de enfermagem. *Rev Esc Enferm*, 2012; 46(5):1200-1206.
3. Nascimento SRC et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 2009; 11(2):18-19.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. 2000. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
5. Brasil. Ministério da Saúde. 2014. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
6. Medeiros JS, Mascarenhas MFPT. Banho humanizado em recém-nascidos prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. *Rev. Ter. Ocup. Univ.* 2010; 21(1):51-60.
7. Silva CMS et al. Feelings experienced by postpartum women in achieving the first bath of the newborn in rooming. *O Mundo da Saúde*, 2015; 39(3):279-286. DOI: 10.15343/0104-7809.20153903279286.
8. Curry AF, Menezes PR. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, 2006; 28(3):171-8.
9. Silva CMS et al. Sentimentos vivenciados por puérperas na realização do primeiro banho do recém nascido no alojamento conjunto. *O Mundo da Saúde*, 2015; 39(3):279-86.
10. Silva HL. Efeitos da auriculoterapia nos níveis de ansiedade e nos sinais e sintomas de estresse e depressão em gestantes atendidas em pré-natal de baixo risco. 2016. [Dissertação] Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo.

11. Primo CC, Amorim MHC. Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de IgA salivar de puérperas. *Rev. Lat. Am. Enf.*, 2008; 16(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000100006>
12. Gomes ALM, Rocha CR, Henrique DM, Santos MA, Silva RS. Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, vol. 16, núm. 2, março-abril, 2015, pp. 258 -265 Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil
13. Araújo WS, Romero, WG, Zandonade E, Amorim MHC. Efeitos do relaxamento sobre os níveis de depressão em mulheres com gravidez de alto risco: ensaio clínico randomizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2016; 24:e2806 [cited 2018-08-30] Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100416&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100416&lng=en&nrm=iso). Epub Sep 09, 2016. ISSN 0104-1169. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1249.2806>



#### **4 CONCLUSÃO**

Com base nestes resultados, o primeiro banho da vida como cuidado do enfermeiro obstetra no atendimento ao binômio no AC demonstrou dados significantes na comparação entre os grupos controle e intervenção com relação à diminuição nos níveis de ansiedade nas mulheres do grupo intervenção, e revelou dados significantes para o neonato com diminuição da presença de choro durante o procedimento do primeiro banho da vida, além de aumentar o tempo de sono para 180 minutos do grupo intervenção.

Conclui-se que práticas voltadas para a humanização do parto e do nascimento devem ser estendidas para os bebês a termo no alojamento conjunto, inserindo a família no processo de cuidar tendo a enfermeira obstetra assistencial como referência para a educação em saúde.

O primeiro banho da vida diminui o estresse da adaptação extrauterina neonatal causando melhor resposta fisiológica da chegada do bebê neste novo mundo, sendo assim, pode incorporada como rotina de prática de cuidado neonatal.

Consideramos que o folder educativo (APÊNDICE F) pode contribuir com impactos positivos na prática do enfermeiro no alojamento conjunto, pois sintetiza a intervenção-primeiro banho da vida no atendimento individualizado ao binômio; organiza em tópicos ilustrados o cuidado no domicílio ao RN dando suporte e segurança à puérpera e família; possibilita uma maior visibilidade do trabalho do enfermeiro dentro da equipe multiprofissional na Unidade Materno Infantil.

É importante ainda incentivar que todos os cuidadores envolvidos com o nascimento estejam presentes e observem as necessidades do binômio mãe e filho, e participem dos atendimentos com a puérpera e o recém-nascido, juntamente com a enfermagem obstétrica, recebendo orientação através da demonstração prática dos cuidados e desenvolvendo assim mais segurança nos procedimentos executados em domicílio.

**REFERÊNCIAS**

ARAÚJO, W.S.; ROMERO, W.G.; ZANDONADE, E.; AMORIM, M.H.C. Efeitos do relaxamento sobre os níveis de depressão em mulheres com gravidez de alto risco: ensaio clínico randomizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2016, vol.24 [cited 2018-08-30], e2806. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100416&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100416&lng=en&nrm=iso)>. Epub Sep 09, 2016. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1249.2806>

BEHRING, A.; VEZEAU, T.M.; FINK, R. Timing of the newborn first bath: a replication. **Neonatal Netw.** Vol. 22, n. 1, p. 39-46, Jan-Feb, 2003.

BERNSMÜLLER, L.S. **Shantala**: o toque como mediador do fortalecimento e na qualidade do vínculo mãe/ bebê. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Psicologia. Centro Universitário Univates. Lajeado, 2012. Disponível em: <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/408/1/LiegeBernsmuller.pdf>. Acesso em : 20 de junho de 2018.

BIAGGIO, A.M.B.; NATALÍCIO, L. **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço Estado** (IDATE). Rio de Janeiro: CEPA; 1979.

BLUME-PEYTAVI, U. et al. Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care. **Pediatr Dermatol.** Vol. 33, n. 3, p. 311-21, May 2016.

BRASIL. **Lei 11.108** de 7 de abril de 2005. Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. 2005.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **O modelo de atenção Obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. 2012.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes para Alojamento Conjunto**. Ministério da saúde. PORTARIA Nº 2.068. 21, outubro de 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei No. 11.108**, 7 de abril de 2005. Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 2014. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011**. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 12 de julh., 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. 2.ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, n. 33. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido**: Método Canguru. Manual técnico 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde**: mortalidade perinatal. — Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 43 p. — (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. **Portaria No. 569**. 1 de junho de 2000. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2000.

\_\_\_\_\_. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília, DF: 2000.

\_\_\_\_\_. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília, DF: 2000.

BRAZELTON, T.B. et al. The behaviour of nutritionally deprived Guatemalan infants. **Dev. Med Child Neurol** vol. 9, p. 364-72, 1977.

BRAZELTON, T.B. **Neonatal Behavioral Assessment Scale**. London, Willian Heinemann Medical Books, 1973.

CARVALHO, V.O. et al. **Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido**. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2015. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf) Acesso em: 4 de maio de 2018.

CHRISTOFFEL, M. M. SILVEIRA A. L. D. **A dor do recém-nascido**: avaliação e princípios éticos do cuidado de enfermagem. Programa de Atualização em Enfermagem – saúde materna e neonatal. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.068/2016.** Diretrizes para Alojamento Conjunto. 2016. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/portaria-no-2-068-ms-21-10-2016-diretrizes-para-alojamento-conjunto-dou-no-204-segunda-feira-24-de-outubro-de-2016\\_51485.html](http://www.cofen.gov.br/portaria-no-2-068-ms-21-10-2016-diretrizes-para-alojamento-conjunto-dou-no-204-segunda-feira-24-de-outubro-de-2016_51485.html)>. Acesso em: 12 de junh., 2018.

COFEN. **Resolução No. 524/2016.** Atuação do Enfermeiro generalista nos Serviços de Obstetrícia... 04 de outubro de 2016.

CUNHA, A. L. **Práticas culturais do primeiro banho do recém-nascido em alojamento conjunto:** contribuições da enfermagem neonatal. 2013. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2013.

CURRY, A.F.; MENEZES, P.R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia.** v. 28, n.3, p. 171-8, 2006.

ESTEVES, C.M.; ANTON, M.C.; PICCININI, C.A. Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram filho pré-termo. **Psicologia Clínica,** Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.75-99, 2011.

FERNANDES, J.D.; MACHADO, M.C.R.; OLIVEIRA, Z.N.P. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. **An Bras Dermatol,** v. 86, n.1, p. 102-10, 2011.

FOGAÇA, M.C.; CARVALHO, W.B.; VERRESCHI, I.T.N. Estimulação tátil-cinestésica: uma integração entre pele e sistema endócrino. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** São Paulo, v.6, n.3, p.277-283, 2006.

GOMES et al., 2015 Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos. **Rev Rene.** Vol. 16, n. 2, p. 258-65, mar-abr, 2015.

GONÇALVES, A. S.; CARDOSO, T. O.; GARCIA, C. P. C. Alojamento conjunto: o papel do enfermeiro obstetra na assistência ao binômio mãe-filho durante o puerpério imediato. Repositório. **Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.** 2016. Disponível em: <<http://www7.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/729>> Acesso em: 10 ago 2018.

HOFFMANN, A. **Efeitos da Shantala em bebês de uma a seis meses do projeto de extensão** “Shantala” – massagem para bebês, 2005. 53f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Fisioterapia) Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2005.

JAGER, Márcia Elisa; BOTTOLI, Cristiane. Paternidade: vivência do primeiro filho e mudanças familiares. **Psicol. teor. prat.** [online]. 2011, vol.13, n.1 [citado 2018-08-19], pp. 141-153.

LUND, C. Bathing and Beyond: Current Bathing Controversies for Newborn Infants. **Adv Neonatal Care.** Vol. 16, Suppl 5S, p. S13-S20, Oct 2016.

MAHL, F.D.; BIAGGIO, E.P.V.; KESSLER, T.M., Ansiedade Materna: presença de risco ao desenvolvimento infantil e reteste da triagem auditiva neonatal. **O Mundo da Saúde**. v.38, n.4, p. 384-391. São Paulo, 2014.

MEDEIROS, J.S.; MASCARENHAS, M.F.P.T. Banho humanizado em recém-nascidos prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v.21, n.1, p.51-60, 2010.

MEDVES, J.M.; O'BRIEN, B. The effect of bather and location of first bath on maintaining thermal stability in newborns. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. Vol. 33, n. 2, p. 175-82, Mar-Apr, 2004.

MONTICELLI, M. **O nascimento como rito de passagem**: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. São Paulo (SP): Robe; 1997.

\_\_\_\_\_. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto [tese de doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

NASCIMENTO, S.R.C.; AMORIM, M.H.C.; PRIMO, C.C.; CASTRO, D.S. Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde** vol. 11, n. 2, p. 18-19, 2009.

NICOLAU, C.M., et al. Avaliação da dor em recém-nascidos prematuros durante a fisioterapia respiratória. **Rev bras saúde mater infant**. V. 8, n. 3, p. 485-90, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n3/a07v8n3.pdf>. Acesso em: 20 de março de 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra (SUI): OMS; 1996.

\_\_\_\_\_. **O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil**.

WHO/RHR/14.19, 2013. Disponível em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO\\_RHR\\_14.19\\_por.pdf;jsessionid=E4C27EE87334083D770A7B8DFECE9B17?sequence=2](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO_RHR_14.19_por.pdf;jsessionid=E4C27EE87334083D770A7B8DFECE9B17?sequence=2) Acesso em: 5 de agosto de 2018.

\_\_\_\_\_. **Exclusive breastfeeding**. 2016. Disponível em: [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/en/2016](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/2016)>. Acesso em: 12 de junh., 2018.

PENNY-MACGILLIVRAY, T. A newborn's first bath: when? **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. Vol. 25, n. 6, p. 481-7, Jul-Aug, 1996.

PEREIRA, V. A. Influências do estresse e ansiedade puerperal nos primeiros meses do desenvolvimento infantil. Universidade Presbiteriana Mackenzie CCBS – Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.15, n.1, p. 89-100, 2015.

PERINI, C. et al. Banho de ofurô em recém-nascidos no alojamento conjunto: um relato de experiência. **J. res.: fundam. care.** vol. 6, n. 2, p. 785-792, 2014. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n2p785.

PILOTTO, Diva Thereza dos Santos; VARGENS, Octavio Muniz da Costa; PROGIANTI, Jane Márcia. Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. **Rev. bras. enferm.** vol. 62, n. 4, pp.604-607, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000400019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400019&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400019>. Acesso em: 29 ago 2018.

PRADO, J.M.; KUREBAYASHI, L.F.S.; SILVA, M.J. Eficácia da auriculoterapia na redução de ansiedade em estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo. v.46, n.5, p.1200-1206, out., 2012.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C. Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de IgA salivar de puérperas. **Rev. Lat. Am. Enf.** vol. 16, n. 1, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000100006>

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C.; LEITE, F. M. C. A intervenção de enfermagem: relaxamento e seus efeitos no sistema imunológico de puérperas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 751-755, 2011.

RAMOS, E.M. et al. O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.245-50, mar./abr., 2014.

RIBEIRO, M.A.C. CALDERON, L.A.; GARCIA, M. H. C. **Aspectos que influenciam a termorregulação:** assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo. 2005. 48 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade JK, Taguatinga, DF, 2005. Disponível em: [www.paulomargotto.com.br/documentos/termorregulacao.doc](http://www.paulomargotto.com.br/documentos/termorregulacao.doc). Acesso em: 04 julho. 2016.

ROLIM K.M.C. et al. Cuidado quanto à termorregulação do recém-nascido prematuro: o olhar da enfermeira. **Rev. RENE** vol. 11, n. 2, 2010.

SANTOS, G.C. et al. Intervenção de enfermagem no controle da dor em neonato: eficácia de ações não farmacológicas. **Revista de Enfermagem, UFPE** vol. 9, n. 8, p. 8784-91, 2015. DOI: 10.5205/reuol.7696-67533-1-SP-1.0908201504.

SCHNEIDER, S.A. **Repercussões do primeiro banho na pele do recém-nascido:** uma revisão integrativa. Trabalho de conclusão de curso. Porto Alegre 2015. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/135520>. Acesso em: 20 maio 2016.

SILVA, C.M.S. et al. Sentimentos vivenciados por puérperas na realização do primeiro banho do recém nascido no alojamento conjunto. **O Mundo da Saúde**, vol. 39, n. 3, p. 279-86, 2015. DOI: 10.15343/0104-7809.20153903279286.



SILVA, H.L. **Efeitos da auriculoterapia nos níveis de ansiedade e nos sinais e sintomas de estresse e depressão em gestantes atendidas em pré-natal de baixo risco.** 2016. 140p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2016.

SPIELBERGER, C. D. **Understanding stress and anxiety.** New York: Harper & Row, 1979.

SPIELBERGER, R.L. et al. **The state-trait anxiety inventory** (test manual), Palo Alto, CA: Consulting Psychologists, 1970.

SPSP. Sociedade de Pediatria de São Paulo. **Recomendações:** Atualização de Condutas em Pediatria. No. 72, abril de 2015. Disponível em: [http://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/Rec\\_72\\_Oral.pdf](http://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/Rec_72_Oral.pdf) Acesso em: 18 de março de 2018.

UFES. Universidade Federal do Espírito Santo. **Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam).** Vitória: 2013. Disponível em: <http://www.ufes.br/hospital-universitario-cassiano-antonio-moraes-hucam>. Acesso em: 20 de março de 2018.

VARDA, K.E. The effect of timing of initial bath on newborn's temperature **J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs** Vol. 33, p. 175-82, 2004.










WEFFORT, V.R.S. Importância da nutrição adequada na primeira infância. **Pediatria Moderna**, v.49, n. 6, p. 201-204, 2013.

WHO. World Health Organization. **Pregnancy, Childbirth, Postpartum And Newborn Care:** A guide for essential practice. 2. ed. Geneva: WHO, 2006.

WONG, W. **Enfermagem Pediátrica:** elementos essenciais à intervenção efetiva. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogans, 2012.



## APÊNDICE A AVALIAÇÃO FÍSICA NEONATAL

 	<b>APÊNDICE B - AVALIAÇÃO FÍSICA NEONATAL</b>		
<b>GRUPO 0 / GRUPO 01</b>			
<b>IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRPERA</b>  Data de Nascimento: ____/____/____  Nº do Prontuário: _____ ENDEREÇO: _____ G (     ) P (     ) A (     ) Estado civil: _____ Grau de escolaridade: _____		<b>IDENTIFICAÇÃO DO RECÉM NASCIDO</b>  Data de Nascimento: ____/____/____ Peso do Nascimento: _____ Peso atual: _____ Idade Gestacional: _____ Índice de Apgar: ____ / ____	
<b>AVALIAÇÃO FÍSICA</b>			
<b>REGULAÇÃO NEUROLÓGICA</b>			
<b>TÔNUS MUSCULAR</b>	<b>FONTANELA</b>	<b>CHORO</b>	
<input type="checkbox"/> Ativo	<input type="checkbox"/> Normotensa	<input type="checkbox"/> Normal	
<input type="checkbox"/> Hipotivo	<input type="checkbox"/> Tensa	<input type="checkbox"/> Forte	
<input type="checkbox"/> Reativo ao manuseio	<input type="checkbox"/> Chela	<input type="checkbox"/> Fraco	
<input type="checkbox"/> Não reativo	<input type="checkbox"/> Normal		
<input type="checkbox"/> Reage ao estímulo doloroso	<input type="checkbox"/> Hipotônico		
	<input type="checkbox"/> Hiperfônico		
	<input type="checkbox"/> Deprimida		
	<input type="checkbox"/> Abaulada		
	<input type="checkbox"/> Outros		
<b>PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS</b>			
<b>MENSURAÇÃO DA DOR (EXPRESSION FACIAL)</b>		<b>PONTUAÇÃO NA ESCALA DE NIPS</b>	
<input type="checkbox"/> SIM <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;">       </div>		_____	
<input type="checkbox"/> NÃO			
<b>NIPS</b>	<b>0 PONTO</b>	<b>1 PONTO</b>	<b>2 PONTOS</b>
EXPRESSION FACIAL	RELAXADA	CONTRAÍDA	..
CHORO	AUSENTE	RESMUNGOS	RIGOROSO
RESPIRAÇÃO	RELAXADA	DIFERENTE DO BASAL	..
BRAÇOS	RELAXADOS	FLETIDOS/ESTENDIDOS	..
PERNA	RELAXADOS	FLETIDOS/ESTENDIDOS	..
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	DORMINDO/CALMO	DESCONFORTÁVEL	..
<b>OXIGENAÇÃO</b>			
<b>PADRÃO RESPIRATÓRIO</b>	<b>EXPANSIBILIDADE</b>	<b>SECREÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Simétrica	<input type="checkbox"/> Fluida	
<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Assimétrica	<input type="checkbox"/> Espessa (□ P □ M □ G)	
<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Diminuída	<input type="checkbox"/> Hialina	
<input type="checkbox"/> Superficial		<input type="checkbox"/> Sanguinolenta	
<input type="checkbox"/> Gemente		<input type="checkbox"/> Amarelada	
<input type="checkbox"/> Tiragem intercostal	<b>OBSTRUÇÃO NASAL</b>	<b>FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA</b>	
<input type="checkbox"/> Retração esternal	<input type="checkbox"/> Sim	• ( _____ ) RPM	
<input type="checkbox"/> Batimentos de asa de nariz	<input type="checkbox"/> Não	• SpO2 ( _____ ) %	

REGULAÇÃO TÉRMICA / VASCULAR		
<b>TEMPERATURA</b>	<b>VESTIMENTA</b>	<b>EXTREMIDADES</b>
<input type="checkbox"/> Temp. Axilar: _____ °C	<input type="checkbox"/> Adequada	<input type="checkbox"/> Frias
<input type="checkbox"/> Normotermia	<input type="checkbox"/> Muita roupa	<input type="checkbox"/> Aquecidas
<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Pouca roupa	<b>FREQUÊNCIA CARDÍACA:</b>
<input type="checkbox"/> Hipertermia		( _____ bpm).
REGULAÇÃO METABÓLICA, HORMONAL E ELETROLÍTICA		
<input type="checkbox"/> AIG	<input type="checkbox"/> FIG	<input type="checkbox"/> GIG
IgA (antes do banho): _____		
HIDRATAÇÃO E ELIMINAÇÃO VESICAL		
<b>PELE</b>	<b>INTEGRIDADE DA PELE (MUCOSAS)</b>	<b>EDEMA</b>
<input type="checkbox"/> Hidratado	<input type="checkbox"/> Inteira	<input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Desidratado	<input type="checkbox"/> Ruptura local e características:	<input type="checkbox"/> Anasarca
		<input type="checkbox"/> Outro: _____
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
Peso atual _____ kg		Perda ponderal: _____ %
<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	<b>RN COM DIFICULDADE EM AMAMENTAR</b>	<b>AValiação DA PRODUÇÃO DE LEITE</b>
<input type="checkbox"/> Nutrido	<input type="checkbox"/> Não	(fazer massagem, 3 voltas completas antes da expressão mamilar).
<input type="checkbox"/> Desnutrido	<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Emagrecido	Justifique: _____	
<b>TIPO DE AMAMENTAÇÃO</b>	<b>USO DE CHUPETA</b>	<b>MAMA DIREITA</b>
<input type="checkbox"/> Exclusiva	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Mista	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Pequena
<input type="checkbox"/> Suspensa	<b>MÃE REFERE DOR OU ARDÊNCIA APÓS AMAMENTAR</b>	<input type="checkbox"/> Média
• Motivo: _____		<input type="checkbox"/> Grande
<b>VIA DE ADMINISTRAÇÃO</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<b>MAMA ESQUERDA</b>
<input type="checkbox"/> Translactação	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Copo	<b>RESÍDUO/ DRENAGEM GÁSTRICA</b>	<input type="checkbox"/> Pequena
<input type="checkbox"/> Finger	<input type="checkbox"/> Sim $\delta P$ $\delta M$ $\delta G$	<input type="checkbox"/> Média
<b>TIPO DE LEITE</b>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Grande
<input type="checkbox"/> LMO	<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>ELIMINAÇÃO INTESTINAL:</b>
<input type="checkbox"/> LHP	<input type="checkbox"/> Clara	$\delta$ Presente
<input type="checkbox"/> Leite artificial:	<input type="checkbox"/> Biliosa	$\delta$ Ausente
• Volume: _____ ml	<input type="checkbox"/> Sanguinolenta	<b>ABDOMEN</b>
• ____/____ h	<input type="checkbox"/> Meconial	<input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso
• Motivo do uso do leite artificial: _____	<input type="checkbox"/> Sialorréia	<input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Distendido
		<input type="checkbox"/> Timpânico
		<input type="checkbox"/> Doloroso à palpação

CUIDADO CORPORAL E INTEGRIDADE FÍSICA				
BANHO MONITORADO		CHORO DURANTE O BANHO		
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não		
Executante: _____		Quanto tempo: _____		
TÉCNICA ADEQUADA DE BANHO:		CARACTERÍSTICAS DA PELE:		
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Fina e lisa <input type="checkbox"/> Plétórico		
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Hiperemia <input type="checkbox"/> Descamativa		
HIGIENE CORPORAL		<input type="checkbox"/> Translúcida <input type="checkbox"/> Cianótica		
		<input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Corada		
<input type="checkbox"/> Adequada		<input type="checkbox"/> Millium Sebáceo <input type="checkbox"/> Hidratada		
<input type="checkbox"/> Inadequada		<input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica		
INTEGRIDADE DA PELE		<input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Pálida		
<input type="checkbox"/> Íntegra		<input type="checkbox"/> Mancha Mongólica <input type="checkbox"/> Ressecada		
<input type="checkbox"/> Ruptura local e característica _____		<input type="checkbox"/> Outros		
<input type="checkbox"/> DOTO UMBILICAL	<input type="checkbox"/> HIGIENE DO DOTO UMBILICAL MONITORADO		<input type="checkbox"/> CICATRIZ UMBILICAL	
SEXUALIDADE				
Realizou Fototerapia:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Tipo: <input type="checkbox"/> Bilberço <input type="checkbox"/> Bilitron <input type="checkbox"/> Bilspot	
GENITÁLIA FEMININA		GENITÁLIA MASCULINA		
<input type="checkbox"/> Epispádia		<input type="checkbox"/> Edemaciados		
<input type="checkbox"/> Hipospádia		<input type="checkbox"/> Genitália ambígua		
<input type="checkbox"/> Hidrocele		<input type="checkbox"/> Sangramento vaginal		
<input type="checkbox"/> Secreção		<input type="checkbox"/> Secreção		
SEGURANÇA EMOCIONAL/AMOR E ACEITAÇÃO/GREGÁRIA/RELIGIOSIDADE				
INCENTIVO	PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA PRÉ-HIGIENIZAÇÃO		PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NOS CUIDADOS DOS RNs	
<input type="checkbox"/> Som da voz materna	<input type="checkbox"/> Toque		<input type="checkbox"/> Participativo	
<input type="checkbox"/> Toque materno/paterno	<input type="checkbox"/> Sucção não nutritiva		<input type="checkbox"/> Desinteressado	
	<input type="checkbox"/> Enrolamento		<input type="checkbox"/> Inseguro	
SONO E REPOUSO				
(Escala de Avaliação Comportamental Neonatal de Brazelton – NBAS)				
Sono e repouso:	<input type="checkbox"/> Sono profundo	<input type="checkbox"/> Sono leve	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Acordado
	<input type="checkbox"/> totalmente acordado		<input type="checkbox"/> Choro	

Escala de avaliação dos estados de sono e vigília adaptada de Brazelton<sup>4</sup>.

Estado 1	Sono profundo, sem movimentos, respiração regular
Estado 2	Sono leve, olhos fechados, algum movimento corporal
Estado 3	Sonolento, olhos abrindo e fechando
Estado 4	Acordado, olhos abertos, movimentos corporais mínimos
Estado 5	Totalmente acordado, movimentos corporais vigorosos
Estado 6	Choro

## APÊNDICE B PARÂMETROS FISIOLÓGICOS E COMPORTAMENTAIS

APÊNDICE E – PARÂMETROS BIOLÓGICOS NEONATAIS APÓS O BANHO			
GRUPO 0 / GRUPO 01			
MENSURAÇÃO DA DOR (EXPRESSÃO FACIAL)		PONTUAÇÃO NA ESCALA DE NIPS	
<input type="checkbox"/> SIM  <input type="checkbox"/> NÃO			
NIPS	0 PONTO	1 PONTO	2 PONTOS
EXPRESSÃO FACIAL	RELAXADA	CONTRAÍDA	..
CHORO	AUSENTE	RESMUNGOS	RIGOROSO
RESPIRAÇÃO	RELAXADA	DIFERENTE DO BASAL	..
BRAÇOS	RELAXADOS	FLETIDOS/ESTENDIDOS	..
PERNA	RELAXADOS	FLETIDOS/ESTENDIDOS	..
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	DORMINDO/CALMO	DESCONFORTÁVEL	..
PADRÃO RESPIRATÓRIO		FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Gemente	• (..... RPM)	
<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Tiragem intercostal	• SpO2 (..... %).	
<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Retração esternal		
<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Batimentos de asa de nariz		
REGULAÇÃO TÉRMICA / VASCULAR			
TEMPERATURA		EXTREMIDADES	
<input type="checkbox"/> Temp Axilar: ..... °C		<input type="checkbox"/> Frias	
<input type="checkbox"/> Normotermia		<input type="checkbox"/> Aquecidas	
<input type="checkbox"/> Hipotermia		FREQUÊNCIA CARDÍACA/ PRESSÃO SANGÜÍNEA	
<input type="checkbox"/> Hipertermia		(..... bpm) (..... mmHg)	
SONO E REPOUSO			
(Escala de Avaliação Comportamental Neonatal de Brazelton –BNBAS)			
Sono e repouso:	<input type="checkbox"/> Sono profundo	<input type="checkbox"/> Sono leve	<input type="checkbox"/> Sonolento
	<input type="checkbox"/> totalmente acordado	<input type="checkbox"/> Choro	<input type="checkbox"/> Acordado
Tempo de sono após o banho: <input type="checkbox"/> 30' <input type="checkbox"/> 60' <input type="checkbox"/> 120' <input type="checkbox"/> 180'			

Escala de avaliação dos estados de sono e vigília adaptada de Brazelton<sup>4</sup>.

Estado 1	Sono profundo, sem movimentos, respiração regular
Estado 2	Sono leve, olhos fechados, algum movimento corporal
Estado 3	Sonolento, olhos abrindo e fechando
Estado 4	Acordado, olhos abertos, movimentos corporais mínimos
Estado 5	Totalmente acordado, movimentos corporais vigorosos
Estado 6	Choro

## APÊNDICE C

### PARÂMETROS DE SINAIS VITAIS SEGUNDO WONG (2012)

<b>SINAL VITAL</b>	<b>ACHADOS COMUNS</b>	<b>Variações comuns ou pequenas anormalidades</b>
Temperatura axilar	36,5 ° C - 37,6 °C	O choro aumenta a temperatura corporal
Frequência Cardíaca Apical	120- 140 batimentos/min	Bradicardia- frequência em repouso 80-100bpm Taquicardia- > 160- 180 bpm
Respiração	30 -60 respirações /min	Taquipneia- frequência > 60 rpm Apneia- a respiração para por 20 segundos
Pressão sanguínea oscilométrica	65/41 mmHg no braço ou panturrilha (idade 1- 2 DIAS média de 50 mmHg)	Choro e atividade aumentam a pressão sanguínea Pressão sistólica oscilométrica na panturrilha superior (possível sinal de coartação da aorta).

## APÊNDICE D – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM-PRIMEIRO BANHO DO RECÉM-NASCIDO

Apêndice C - Técnica do primeiro banho da vida em Recém-nascido no alojamento conjunto	
Objetivo: Realizar o banho humanizado no alojamento conjunto	
PROCEDIMENTOS	
I- AMBIENTE	
PREPARO DO AMBIENTE	
<input type="checkbox"/>	Elevar a cabeceira do recém-nascido
<input type="checkbox"/>	Orientação da enfermeira quanto ao procedimento a ser realizado
<input type="checkbox"/>	Amamentação do RN antes do banho fornecendo suporte calórico
<input type="checkbox"/>	Temperatura da água do banho (38°C)
II- PRÉ-HIGIENIZAÇÃO ANTES DO BANHO	
LIMPEZA DOS OLHOS	
<input type="checkbox"/>	Utilizar Algodão e Soro fisiológico SF 0,9%
<input type="checkbox"/>	Realizar limpeza ocular no sentido externo para o interno
HIGIENE NASAL	
<input type="checkbox"/>	Utilizar Seringa de 01 ml SORO FISIOLÓGICO A 0,9%
<input type="checkbox"/>	Aplicar 0,5 ml em cada narina caso haja obstrução nasal
HIGIENE ORAL	
<input type="checkbox"/>	Prevenção de candidíase oral
<input type="checkbox"/>	Usar gaze e água filtrada e fervida (aplicar em toda cavidade oral)
CORTE DAS UNHAS	
<input type="checkbox"/>	Cortar para que o recém-nascido não se machuque
<input type="checkbox"/>	Usar tesoura para corte de unha do próprio recém-nascido
CURATIVO DO COTO UMBILICAL	
<input type="checkbox"/>	Prevenção de infecção (onfalite) e Redução do risco de morte neonatal
<input type="checkbox"/>	Usar Álcool a 70%, gaze e haste de algodão flexível, realizar o curativo antes do banho (redução da carga microbiana) e após o banho.
HIGIENE ÍNTIMA	
<input type="checkbox"/>	Prevenção de dermatite de fralda
<input type="checkbox"/>	Usar água corrente e sabão neutro líquido
<input type="checkbox"/>	Orientar quanto a secreção de cristais de urato e secreção sanguinolenta na genitália externa feminina
III-MASSAGEM ABDOMINAL PREVENTIVA DE GASES	
DESLIZAMENTO CIRCULAR PROFUNDO	
<input type="checkbox"/>	Deslizamento profundo em direção circular ao redor do coto umbilical, em sentido horário, com pressão de maior intensidade ao final da manobra, exatamente abaixo da cicatriz umbilical, no final do Intestino grosso
PINÇAMENTO COMPRESSIVO PROFUNDO	
<input type="checkbox"/>	Pinçar simultaneamente cólon ascendente e descendente, em movimento de pressionar e soltar
FLEXÃO SIMULTÂNEA DE QUADRIL	



- ☐ Flexionar e pressionar simultaneamente os quadris e joelhos contra o abdome, em seguida estender os membros inferiores

#### POSICIONAMENTO FETAL SUSTENTADO

- ☐ Flexionar membros inferiores contra o abdômen associado à adução de membros superiores, reproduzindo a posição fetal, e fazer leves movimentos de um lado para o outro, finalizando a técnica

#### IV- BANHO RELAXANTE

- ☐ Enrolar o bebê mantendo a cabeça para fora - Iniciar lavando a cabeça, utilizar o chuveirinho para enxaguar ou mãos (procedimento realizado com o bebê fora da água)

- ☐ Proteger as orelhas com os dedos

- ☐ Lavar a face com água pouca quantidade de sabão (fora da água)

- ☐ Secar a cabeça do bebê e face. Retirar enxugador

- ☐ Colocar o bebê na banheira (iniciar imersão) na posição de costas, com gancho de segurança. Ensaboar toda região com pouca quantidade de sabão, enxaguar em água corrente. Realizar o ensaboamento com o bebê imerso

- ☐ Mantendo o bebê com as mãos centradas, promover leves movimentos na água

- ☐ Aplicar jatos de água com leve pressão na região abdominal (hidroterapia)

- ☐ Retirar o bebê na posição dorsal (enrolando-o)

- ☐ Manter o RN organizado, prevenção de perda de calor e proceder com o vestuário

## APÊNDICE E



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, \_\_\_\_\_, fui convidada a participar da pesquisa intitulada **Banho Relaxante: Tecnologia Não-Farmacológica Para Prevenção Do Estresse No Binômio Mãe/Filho No Período Neonatal**, sob a responsabilidade de ROSANA DE OLIVEIRA LIMA, Enfermeira, mestrande da Universidade Federal do Espírito Santo, do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional (PPGENF) orientado pela Prof. Dra MARIA EDLA DE OLIVEIRA BRINGUENTE.

#### Justificativa

Esta pesquisa busca promover o relaxamento, através do banho humanizado, como intervenção de enfermagem visando diminuir as demandas estressoras do binômio mãe/filho e qualificar o cuidado de enfermagem, beneficiando-os neste período de adaptação neonatal.

#### Objetivos da pesquisa

Avaliar o estado de ansiedade e estresse mãe/filho antes e após o primeiro banho do RN; descrever a técnica do banho relaxante em neonato; aplicar a técnica de banho relaxante em neonato; avaliar os efeitos do banho relaxante no neonato; elaborar uma tecnologia educativa em forma de vídeo de banho relaxante.

#### Procedimentos

Será aplicado um formulário com perguntas fechadas a fim de caracterizar a gestante; o formulário para quantificar o nível de ansiedade (IDATE) e avaliação física neonatal com parâmetros específicos.

Será realizada a técnica de banho relaxante com os RNs selecionados de acordo com os critérios estabelecidos.

Será coletada IGA em dois momentos, antes e depois do banho dos RNs do grupo controle e intervenção.

#### Duração e local da pesquisa

O local da pesquisa será a Maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM);

A pesquisa durará em média 6 meses, e o tempo previsto para a coleta de dados é de 2 meses;

A tecnologia para aplicação do estudo terá no máximo 20 minutos de duração. Durante o seu desenvolvimento serão gravadas imagens da arte produzida e as falas; o material produzido na oficina será utilizado como recurso de pesquisa. Será preservado o anonimato das participantes.

Os pesquisadores deste estudo garantem a proteção das INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS e SIGILO perante aos participantes disponibilizadas em razão da relação pesquisador durante todas as fases da pesquisa;

### **Riscos e desconfortos**

Resolução CNS 466/12 dispõe em seu item V: *“Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados”*.

No entanto no tempo que será dispensado ao preenchimento dos formulários será observado o conforto e bem-estar das puérperas

- a) Você só participa se desejar.
- b) Você pode deixar de participar a qualquer momento. Se você não quiser participar da pesquisa não fique preocupada, o seu tratamento independe desta pesquisa.
- c) Durante as orientações, você poderá fazer qualquer pergunta que desejar. Não fique com nenhuma dúvida.
- d) Sua identidade não será revelada. Em lugar nenhum na pesquisa constará o seu nome.

### **Benefícios**

Você aprenderá uma técnica de relaxamento “usando o banho” que poderá contribuir na diminuição dos níveis de estresse do seu bebê e melhorar a adaptação dele extrauterina.

Também contribuirá na produção de novos conhecimentos da assistência de enfermagem. O uso dos resultados irá beneficiar outros recém-nascidos.

Contribuirá com a formação de novos profissionais e para uma assistência de enfermagem obstétrica/neonatal humanizada pautada nas necessidades do binômio mãe e filho.

### **Esclarecimento de dúvidas**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, eu devo contatar a pesquisadora **ROSANA OLIVEIRA DE LIMA**, nos telefones 9-99254078 OU 3335-7377.

Endereço R. Humberto Pereira 415/603 - Praia de Itaparica . Vila Velha.

Também posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do HUCAM – Comitê de Ética em Pesquisa – Av. Marechal Campos, s/n – Maruípe – Vitória – ES. Tel. (27) 33357326. E-mail [cephucam@gmail.com](mailto:cephucam@gmail.com).

Tel.: (027) 3335-7119- PPGENF (Programa de Pós Graduação em Enfermagem)

Declaro que fui verbalmente informada e esclarecida sobre o teor da presente pesquisa e documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela pesquisadora.

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa intitulada BANHO RELAXANTE: UMA TECNOLOGIA NÃO-FARMACOLÓGICA PARA ATENÇÃO NEONATAL, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa seres humanos.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Pesquisador principal

---

## TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu Rosana Oliveira de Lima , nacionalidade: brasileira, estado civil: solteira, estudante de enfermagem, inscrita no CPF/ MF sob o nº08131196771, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **Banho Relaxante: Tecnologia Não-Farmacológica Para Prevenção Do Estresse No Binômio Mãe/Filho No Período Neonatal**, a que tiver acesso nas dependências da Unidade Materno Infantil do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não utilizar as imagens da gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso para fins pessoais.
3. A não apropriar-me para mim ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia “**Banho Relaxante: Tecnologia Não-Farmacológica Para Prevenção Do Estresse No Binômio Mãe/Filho No Período Neonatal**”, acima mencionada.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Vitória, 09 de Agosto de 2017.

---

**Rosana Oliveira de Lima**

## APÊNDICE F

### Folder: Intervenção de Enfermagem-primeiro banho- IEPB-LIMA

# Primeiro Banho da Vida



Nome do Bebê: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Horário do Nascimento: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Dia do primeiro banho: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Horário do primeiro banho: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Enfermeira: \_\_\_\_\_

## O PRIMEIRO BANHO DA VIDA

A nossa recomendação é que o primeiro banho do bebê a termo com boa vitalidade seja dado por volta de 24 horas após o nascimento para preservar a proteção da microbiota natural da pele do bebê mantendo ele mais aquecido. O banho pode ser feito pela mãe/pai ou cuidadora. No hospital é demonstrado pela enfermeira que é a profissional do cuidado.

**Autoras:**  
Msc. Rosana Lima  
Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Costa Amorim  
Dr<sup>a</sup>. Maria Edla de O. Bringente  
Enf<sup>a</sup> Larissa Dantas Estevam

**Arte/Design:**  
Gabriel Corrêa





-Proteger as orelhas com os dedos.  
-Lavar a face com água e pouca quantidade de sabão (fora da água).  
-Secar a cabeça do bebê e face. Retirar enxugador.



-Colocar o bebê na banheira (iniciar imersão) na posição de costas (decúbito ventral), com gancho de segurança. Enxaboar toda região com pouca quantidade de sabão, enxaguar.  
-Virar o bebê na posição de frente (decúbito dorsal), mantendo o gancho de segurança. Realizar o ensaboamento com o bebê dentro da água.  
-Passar pouca quantidade de sabão na região dorsal no sentido da cabeça para os pés. Enxaguar.  
-Mantendo o bebê com as mãos centradas promover leves movimentos na água.



-Retirar o bebê da água enrolando na toalha, mantendo ele organizado, prevenindo a perda de calor. Proceder com o vestuário.





## Intervenção - Primeiro banho do recém-nascido no Alojamento Conjunto

### PROCEDIMENTOS

#### I - Ambiente

##### Preparo do Ambiente

- Eleva a cabeceira do recém-nascido para realizar a higiene.
- Pode amamentar um pouco o bebê antes do banho fornecendo suporte calórico antes do banho.
- Temperatura da água do banho deve ser de 38°C e do ambiente 26°C.

#### II - Pré-higienização antes do banho

##### Limpeza dos Olhos

- Utilizar algodão e soro fisiológico SF 0,9%.
- Realizar limpeza ocular no sentido interno para o externo.

##### Higiene Nasal

- Utilizar seringa de 1ml de soro fisiológico a 0,9%.
- Aplicar 0,5ml em cada narina caso haja obstrução nasal e prescrição pediátrica.

##### Higiene Oral

- Usar gaze e água filtrada e fervida (aplicar em toda cavidade oral para a prevenção de candidíase oral) em bebês em uso de aleitamento materno misto.



##### Corte das Unhas

- Cortar para que o recém-nascido não se machuque.
- Usar tesoura para corte de unha do próprio recém-nascido.

#### Curativo do Coto Umbilical

- Usar álcool a 70% e algodão (para retirar restos de sangue antes de entrar na água limpa) e redução de carga microbiana.
- Dar continuidade ao curativo até a queda do coto umbilical. Técnica que previne infecção (onfalite) no coto umbilical.
- Manter o coto umbilical fora da fralda.
- Após a queda do coto manter a higienização na cicatriz umbilical.



#### Higiene Íntima

- Usar água corrente e sabão neutro líquido, em casa, preferencialmente, lavar em água corrente
- Podem aparecer cristais de urato (cor alaranjada) e secreção sanguinolenta na genitália externa feminina.

#### III- Massagem Abdominal Preventiva de Gases

##### Primeiro Movimento

- Deslizamento profundo em direção circular ao redor do coto umbilical, em sentido horário, com pressão de maior intensidade ao final da manobra exatamente abaixo da cicatriz umbilical, no final do intestino grosso.



##### Segundo Movimento

- Pinçamento Compressivo Profundo: Pinçar simultaneamente cólon ascendente e descendente, em movimento de pressionar e soltar.

#### Terceiro Movimento

- Flexão Simultânea de Quadril: Flexionar e pressionar simultaneamente quadris e joelhos contra o abdômen, em seguida estender os membros.



#### Posicionamento Fetal Sustentado

- Flexionar os membros inferiores contra o abdômen associado à adução de membros superiores, reproduzindo a posição fetal, efetuar leves movimentos de um lado para o outro, finalizando a técnica.

#### IV - Intervenção - primeiro banho

- Enrolar o bebê mantendo a cabeça para fora e iniciar lavando a cabeça
- Para enxaguar, utilizar água com as mãos em domicílio, usar chuveirinho em água corrente (procedimento realizado com o bebê fora da água mantendo-o enrolado).





## ANEXO A



### Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

#### POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

POP/DENF/020/2015

Data Emissão: 28/10/2015

Revisão: 28/10/2015

Versão: 1.0

#### BANHO DO BEBE

**ÁREA RESPONSÁVEL:** Divisão de Enfermagem

**ABRANGÊNCIA:** Pediátrica, Unidade de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente, Unidade Materno Infantil.

### I. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data	Versão	Descrição	Gestor	Autor/responsável por alterações
28/10/2015	1.0	Emissão	DENF	Rosimere de Carvalho Lessa Teresa Gomes

### II. OBJETIVO

Promover a higiene e o bem-estar corporal do recém-nascido (RN). Limpar e proteger a pele, removendo odores e sujidades e como profilaxia de infecções. Estimular a circulação, relaxamento muscular e proporcionar conforto.

### III. RECURSOS/PRÉ-REQUISITOS

- EPI (Luvas de procedimento);
- Sabonete líquido neutro e ou agente de limpeza neutro;
- Bacia ou banheira para banho com água morna;
- Toalha, manta ou fralda de tecido;
- Compressa ou algodão;
- Roupas de uso pessoal;
- Fralda descartável;
- Escova de cerdas macias de uso pessoal;
- Roupas de cama;
- Biombos



#### IV. PROCEDIMENTO

Responsável	Tarefa
Enfermeiro, técnico de enfermagem auxiliar de enfermagem	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não iniciar o procedimento se o recém-nascido (RN) apresentar temperatura axilar &lt; 36°C;</li> <li>2. Higienizar as mãos conforme POP SCIH <a href="#">002</a> ou <a href="#">003</a>;</li> <li>3. Reunir todos os materiais necessários;</li> <li>4. Comunicar aos pais e/ou responsáveis o procedimento que será realizado, estimulando a participação dos mesmos;</li> <li>5. Manter o quarto livre de corrente de ar;</li> <li>6. Higienizar a banheira ou bacia com água e sabão e enxaguar;</li> <li>7. Colocar uma fralda de tecido ou manta seca sobre o leito;</li> <li>8. Encher a banheira com água morna. O nível da água na banheira deve atingir a altura do umbigo do bebê quando deitado. Temperatura da água deve ser 37,8°C (chechar com o toque da água na parte anterior do antebraço);</li> <li>9. Higienizar as mãos conforme POP SCIH <a href="#">002</a> ou <a href="#">003</a>;</li> <li>10. Calçar as luvas de procedimentos;</li> <li>11. Despir o RN, remover a fralda, retirar o excesso de fezes com algodão úmido;</li> <li>12. Posicionar o bebê na posição de decúbito dorsal, proceder ao enrolamento com fralda de tecido ou manta, proporcionando segurança ao recém-nascido;</li> </ol> <p><b>Cuidado com o rosto:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Posicionar o bebê sobre a banheira, deve-se firmar a cabeça do RN com a palma da mão, protegendo os ouvidos com os dedos polegar e médio;</li> <li>14. Iniciar banho pelo rosto usando algodão embebido em água;</li> <li>15. Limpar os olhos utilizando uma bola de algodão para cada olho, direção do canto interno para o canto externo do olho;</li> <li>16. Lavar o couro cabeludo com água e sabão, retirando as crostas;</li> <li>17. Enxugar a área banhada (face e couro cabeludo) com uma toalha seca;</li> <li>18. Limpar as narinas com algodão úmido removendo quaisquer incrustações das narinas;</li> <li>19. Limpar as orelhas com algodão umedecido;</li> </ol>

	<p><b>Limpeza do corpo do RN:</b></p> <p>20. Após ter secado a face e couro cabeludo, retirar a toalha e colocar o bebe na banheira em posição semi-sentada, apoiando seu dorso;</p> <p>21. Higienizar de maneira sistemática de cima para baixo;</p> <p>22. Utilizar a mão para promover o ensaboamento dos braços, axilas, tórax e abdômen; em movimentos delicados. Atentar para as dobras do pescoço, coxa e antebraço e entre os dedos;</p> <p>23. Enxaguar cada área após a lavagem;</p> <p>24. Limpar a cicatriz umbilical com sabão e água;</p> <p><b>Higiene íntima:</b></p> <p>25. Lavar a genitália feminina da parte anterior para posterior;</p> <p>26. Usar pano umedecido somente uma vez para limpar a região. Descartar após cada uso;</p> <p>27. Lavar genitália masculina retraindo o prepúcio delicadamente o máximo possível, limpar glândula e retorne a pele na posição normal;</p> <p>28. Pôr o bebe de bruços para lavar região dorsal, mantendo-o apoiado na porção anterior do tórax. Ao higienizar a nádega do bebê, limpar da região anterior para posterior;</p> <p>29. Retirar RN da banheira e envolvê-lo rapidamente com a toalha e secá-lo;</p> <p>30. Realizar curativo do coto ou cicatriz umbilical;</p> <p>31. Aplicar emoliente na pele do RN quando necessário;</p> <p>32. Retirar luvas e despreza-las em lixeira específica;</p> <p>33. Higienizar as mãos conforme POP SCIH <a href="#">002</a> ou <a href="#">003</a>;</p> <p>34. Realizar limpeza do berço com água e sabão, secá-lo com compressa limpa e realizar a troca de roupa de cama;</p> <p>35. Guardar todo material em local próprio e organizar a unidade;</p> <p>36. Realizar anotações de enfermagem referente as observações do banho.</p>
--	--

## V. MAPEAMENTO

NA

## VI. CUIDADOS ESPECIAIS / AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

- Não prolongar o tempo de banho para evitar perda de temperatura corporal.

- Horário do banho: Pela Manhã, preferencialmente após exame físico e pesagem, porém sempre respeitando o estado comportamental do bebê - caso esteja em sono profundo (que dura cerca de 20 minutos) aguardar que desperte; se estiver protestando ou chorando, consolá-lo completamente antes da realização do procedimento.

## VII. REFERÊNCIAS

1. VICKY R. Bowden; Cindy Smith Greenberg. **Procedimentos de Enfermagem Pediátrica**. Guanabara Koogan. SP. 2009.
2. TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Patoja. **Enfermagem UTI Neonatal; Assistência ao Recém-Nascido**. 4ª Ed. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2009.
3. Manual de cuidados ao Recém-Nascido. Alojamento conjunto: cuidados à mãe e ao bebê – parte III. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-225907.pdf/1.0>. Acessado em 14/12/2015.

## VIII. ANEXOS

NA

Atividade	Nome	Cargo	Rubrica
Elaborado por	Teresa Gomes	Enfermeira	
Avaliado por	Odelle Mourão Alves	Enfermeira RT	
	Nathallia D. Brusque Marinho	Enfermeira	
Aprovado por	Sebastiana Calmon	Chefe DENT	
Validado por SCIH	Bruna Barbieri	Enfermeira SCIH	
Validado por UGRA	Andressa Tomazini	Chefe UGRA	

POP/DENF/020/2015  
Versão 1.0

Banho do bebê  
Página 4 de 4

## ANEXO B

### TRAÇO DE ANSIEDADE

#### INSTRUÇÃO

Leia cada pergunta e faça um **X** no número, à direita, que melhor indicar como você, geralmente, se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como geralmente você se sente. Para responder a **FREQUÊNCIA** utilize a escala QUASE NUNCA = 1; ÀS VEZES = 2; FREQUENTEMENTE = 3; QUASE SEMPRE = 4.

Nº		Concordo
01	Sinto-me bem	1 2 3 4
02	Canso-me facilmente	1 2 3 4
03	Tenho vontade de chorar	1 2 3 4
04	Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1 2 3 4
05	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1 2 3 4
06	Sinto-me descansada	1 2 3 4
07	Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma	1 2 3 4
08	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1 2 3 4
09	Preocupo-me demais com coisas sem importância	1 2 3 4
10	Sou feliz	1 2 3 4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1 2 3 4
12	Não tenho muita confiança em mim mesma	1 2 3 4
13	Sinto-me segura	1 2 3 4
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1 2 3 4
15	Sinto-me deprimida	1 2 3 4
16	Estou satisfeita	1 2 3 4
17	Às vezes, ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1 2 3 4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1 2 3 4
19	Sou uma pessoa estável	1 2 3 4
20	Fico tensa e perturbada quando penso em meus	1 2 3 4

## ANEXO C

## ESTADO DE ANSIEDADE(ANTES E PÓS INTERVENÇÃO BANHO)

**INSTRUÇÃO:** Leia cada pergunta e faça um **X** no número, à direita, que melhor indicar como você se sente **agora, nesse momento de vida**. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de sua opinião. Para responder a **FREQUÊNCIA** utilize a escala NÃO =1; UM POUCO=2;BASTANTE=3; TOTALMENTE=4.

Nº		Concordo
01	Sinto-me calma	1 2 3 4
02	Sinto-me segura	1 2 3 4
03	Estou tensa	1 2 3 4
04	Estou arrependida	1 2 3 4
05	Sinto-me à vontade	1 2 3 4
06	Sinto-me perturbada	1 2 3 4
07	Estou preocupado com possíveis infortúnios	1 2 3 4
08	Sinto-me descansada	1 2 3 4
09	Sinto-me ansiosa	1 2 3 4
10	Sinto-me “em casa”	1 2 3 4
11	Sinto-me confiante	1 2 3 4
12	Sinto-me nervosa	1 2 3 4
13	Estou agitada	1 2 3 4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1 2 3 4
15	Estou descontraindo	1 2 3 4
16	Sinto-me satisfeita	1 2 3 4
17	Estou preocupada	1 2 3 4
18	Sinto-me superexcitada e confusa	1 2 3 4
19	Sinto-me alegre	1 2 3 4
20	Sinto-me bem	1 2 3 4

## ANEXO D

UFES - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO CASSIANO  
ANTÔNIO DE MORAES DA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** BANHO RELAXANTE NO RECÉM-NASCIDO: TECNOLOGIA NÃO-FARMACOLÓGICA PARA PREVENÇÃO DO ESTRESSE NO BINÔMIO MÃE/FILHO NO PERÍODO NEONATAL

**Pesquisador:** ROSANA OLIVEIRA DE LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 71673617.1.0000.5071

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.192.394

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo experimental randomizado. Os participantes do estudo mãe e filho serão separados aleatoriamente em dois grupos: o experimental e controle. O grupo experimental receberá a intervenção, usando a tecnologia em estudo (banho humanizado); o grupo controle receberá os cuidados preconizados pela instituição.

#### CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo será realizado no alojamento conjunto da Unidade Materno Infantil do HUCAM com puérperas e neonatos nascidos no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), no período de junho a agosto de 2017. O HUCAM está localizado na região de Maruípe, bairro Santos Dumont, município de Vitória – Espírito Santo, considerado um Hospital Geral e inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), ocupando esfera administrativa federal, hoje sendo administrado pela EBSE RH (Empresa Brasileira de Administração de Hospitais Universitários).

#### SUJEITOS DA PESQUISA

Serão considerados sujeitos da pesquisa o binômio, mãe e filho, internados na maternidade do

**Endereço:** Avenida Marechal Campos, 1355

**Bairro:** Santos Dumont

**UF:** ES

**Município:** VITÓRIA

**Telefone:** (27)3335-7326

**CEP:** 29.043-900

**E-mail:** cephucam@gmail.com

UFES - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO CASSIANO  
ANTÔNIO DE MORAES DA



Continuação do Parecer: 2.192.394

Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes,  
Vitória – Espírito Santo, selecionados mediante sorteio.

Como critérios para inclusão no estudo, serão considerados: neonatos a termo, idade gestacional igual ou maior a 37 semanas, com boa vitalidade e peso de nascimento 2500g, boletim de Apgar 8 no quinto minuto de vida e a não-apresentação de intercorrências ao nascer e puérperas maiores de 18 anos que concordaram em participar do estudo e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Serão excluídas da pesquisa as puérperas usuárias de drogas ilícitas que possam comprometer a entrevista ou a intervenção e puérperas menores de 18 anos.

Os critérios de exclusão serão: bebês prematuros e RN clinicamente instáveis, com alterações de temperatura, contraindicações ao banho de imersão, problemas neurológicos, apresentação de processo infeccioso e crianças com malformações congênitas e alterações faciais que inviabilizam a aplicação da escala de avaliação NFCS.

Serão formados dois grupos, experimental e controle. O grupo controle será a referência de comparação com o grupo experimental, que estará sobre a influência da intervenção proposta pelo estudo que caracteriza-se por desenvolver um banho humanizado. Para a avaliação dos efeitos do banho humanizado no sistema imunológico do neonato, os dados serão agrupados de acordo com as variáveis, sendo elas: independentes: tempo de choro, mímica facial, sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura axilar) e tempo de sono após o banho; e a variável dependente: Imunoglobulina A (IgA) salivar.

#### CÁLCULO DA AMOSTRA

O cálculo do tamanho da amostra se deu pela média da quantidade de neonatos nos meses de janeiro a abril de 2017 através do teste t para uma amostra. A média de neonatos no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes neste período foi 61 com desvio padrão de 11.1 nascimentos.

Os demais parâmetros utilizados no cálculo foram: poder do teste de 90%, nível de significância de 5% e média esperada de nascimentos de 68 neonatos resultando em uma diferença entre as médias em 7 neonatos. Assim se chegou ao

**Endereço:** Avenida Marechal Campos, 1355

**Bairro:** Santos Dumont

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**CEP:** 29.043-900

**Telefone:** (27)3335-7326

**E-mail:** cephucam@gmail.com



UFES - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO CASSIANO  
ANTÔNIO DE MORAES DA



Continuação do Parecer: 2.192.394

tamanho de 30 neonatos.

Após o cálculo do tamanho da amostra a mesma foi dividida em dois grupos a saber: grupo controle e grupo experimental de tamanhos iguais, ou seja, 15 em cada.

O software utilizado no cálculo foi o Action com o sistema desenvolvido sob a plataforma R onde estes são livres.

#### INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O Inventário Traço-Estado de Ansiedade (IDATE) é um dos instrumentos mais utilizados para quantificar componentes subjetivos relacionados com a ansiedade. É composto por duas escalas para medir níveis de ansiedade: Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço. O Traço de Ansiedade/Trait

Anxiety contém 20 afirmações e avalia como normalmente a mulher se sente. Serão aplicados os instrumentos de avaliação física neonatal, aplicação do protocolo de banho.

#### Objetivo da Pesquisa:

- Descrever a técnica do banho relaxante em neonato, podendo assim contribuir na diminuição dos níveis de estresse do seu bebê e melhorar a adaptação dele extra-uterina.

Também contribuirá na produção de novos conhecimentos da assistência de enfermagem. O uso dos resultados irá beneficiar outros recém-nascidos.

Contribuirá com a formação de novos profissionais e para uma assistência de enfermagem obstétrica/neonatal humanizada pautada nas necessidades do binômio mãe e filho.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a Resolução CNS 466/12 dispõe em seu item V: "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados".

No entanto no tempo que será dispensado ao preenchimento dos formulários será observado o conforto e bem-estar das puérperas e neonatos que

poderão deixar de participar em qualquer momento e será esclarecido que o tratamento institucional independe dela participar, as identidades não serão reveladas, o anonimato é garantido.

Desenvolver uma técnica de relaxamento "usando o banho humanizado" que poderá contribuir na diminuição dos níveis de estresse do recém-nascido

**Endereço:** Avenida Marechal Campos, 1355

**Bairro:** Santos Dumont

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**CEP:** 29.043-900

**Telefone:** (27)3335-7326

**E-mail:** cephucam@gmail.com



**UFES - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO CASSIANO  
ANTÔNIO DE MORAES DA**



Continuação do Parecer: 2.192.394

e melhorar a adaptação extra-uterina.

Também contribuirá na produção de novos conhecimentos da assistência de enfermagem. O uso dos resultados irá beneficiar outros recém-nascidos.

Contribuirá com a formação de novos profissionais e para uma assistência de enfermagem obstétrica/neonatal humanizada pautada nas necessidades do binômio mãe e filho.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Recomenda-se que o projeto de pesquisa seja adequado conforme o que está escrito nas Informações básicas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados folha de rosto, termo de anuência da entidade coparticipante, projeto todos segundo o previsto na Resolução 466/2012.

No TCLE não consta Termo Sigilo e Confidencialidade e o tempo da tecnologia a ser aplicada precisa ser revista.

**Recomendações:**

Orienta rever o TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Existe pendências para serem resolvidas.

Após avaliação do colegiado ficou definido:

Além das alterações propostas no TCLE o pesquisador deve rever o termo utilizado "experimental" pois o trabalho na verdade faz uma intervenção. Rever o método e deixar claro como será esse banho relaxante, pois como o trabalho é comparativo e não descritivo da intervenção proposta (banho relaxante), ele deve ser relatado com detalhes que possam impedir o viés de realização por pessoas diferentes e locais diferentes.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

**Endereço:** Avenida Marechal Campos, 1355

**Bairro:** Santos Dumont

**CEP:** 29.043-900

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3335-7326

**E-mail:** cephucam@gmail.com

UFES - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO CASSIANO  
ANTÔNIO DE MORAES DA



Continuação do Parecer: 2.192.394

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_962434.pdf	21/07/2017 11:58:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/07/2017 11:58:11	ROSANA OLIVEIRA DE LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_BANHO_RELAXANTE.doc	21/07/2017 11:57:52	ROSANA OLIVEIRA DE LIMA	Aceito
Folha de Rosto	autorizacao.pdf	21/07/2017 11:35:22	ROSANA OLIVEIRA DE LIMA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA, 29 de Julho de 2017

---

**Assinado por:**  
**Claudio Piras**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida Marechal Campos, 1355

**Bairro:** Santos Dumont

**UF:** ES **Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3335-7326

**CEP:** 29.043-900

**E-mail:** cephucam@gmail.com